



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



BOSTON.
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

Zeitschrift für Säuglingsfürsorge

herausgegeben von

Wirkl. Geh. Rat Professor Dr. *von Behring*, Excellenz in Marburg, Beigeordneter *Brugger* in Köln, Professor Dr. *A. Czerny* in Breslau, Geh. Ober-Med.-Rat Dr. *Dietrich*, vortr. Rat i. Preuß. Kultus-Ministerium in Berlin, Professor Dr. *A. Epstein* in Prag, Hofrat Professor Dr. *Escherich* in Wien, Professor Dr. *Feer* in Heidelberg, Professor Dr. *Finkelstein* in Berlin, Geh. Med.-Rat Professor Dr. *Flügge* in Breslau, Professor Dr. *Hagenbach-Burkhardt* in Basel, Geh. Med.-Rat Professor Dr. *Heubner* in Berlin, Oberstabsarzt a. D. Dr. *Kimmle*, Gen.-Schr. der Vereine vom Roten Kreuz in Berlin, Priv.-Doz. Dr. *Langstein* in Berlin, Priv.-Doz. Dr. *H. Neumann* in Berlin, Prof. Dr. *M. Pfandl* in München, Geh. Reg.-Rat Dr. *Pütter* in Berlin, Geh. Med.-Rat Professor Dr. *Rubner* in Berlin, Professor Dr. *Schloßmann* in Düsseldorf, Bürgermeister Dr. *Schwander* in Straßburg, Professor Dr. *Siegert* in Köln, Professor Dr. *Stoeltzner* in Halle, Sanitätsrat Dr. *Max Thube* in Leipzig

redigiert von

Professor Dr. Bruno Salge
in Göttingen.

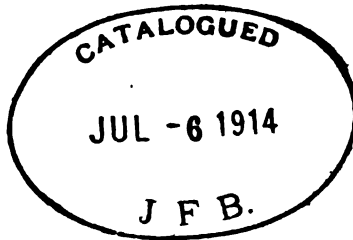
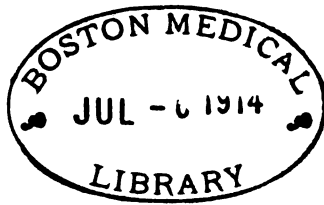
II. Band.



Leipzig, 1908.

Verlag von Johann Ambrosius Barth.

Dörrienstraße 16.



Inhalt des II. Bandes.

Originalarbeiten.

	Seite
Dietrich, Dr. E. Das Fürsorgewesen für Säuglinge	1, 45
Taube, Sanitätsrat Dr. Das Fürsorgewesen für Säuglinge	30
Krukenberg, Elisabeth. Hebung des Hebammenstandes durch Fortbildung in der Säuglingshygiene	39
Tugendreich, Dr. G. Bericht über die Säuglingsfürsorgestellen der Schmidt- Gallischstiftung in Berlin	62
Brüning, Dr. med. H. Säuglingssterblichkeit und Kostkinderwesen in Mecklenburg-Schwerin	87
Trumpp, J. Die Milchküchen und Beratungsstellen im Dienste der Säug- lingsfürsorge	110, 119
Böhme, Dr. Die Säuglingsfürsorgestelle III der Stadt Berlin	138, 151
Hoffa, Dr. Theodor. Das Säuglingsheim zu Barmen	172, 191
Effler, Dr. Bericht des Ziehkinderarztes über die Ergebnisse der Ziehkinder- beaufsichtigung in Danzig im Jahre 1907	204
Neumann, Dr. H. Statistik des Betriebes der Säuglingsfürsorgestellen und Milchküchen	212
Schiller, Dr., und Behrens, Dr. Bericht für das Jahr 1907 über die Beratungsanstalt der Säuglingsfürsorge des Badischen Frauenvereins in Karlsruhe	223
Effler, Dr. Die Säuglingsfürsorge und der Staat	246
Keller, Arthur und Emmy. Childrens' Bill	268
Boye, Dr. B. Jahresbericht der städtischen Säuglingsfürsorgestelle zu Halle a. S.	275
von Rechtenstamm, Marianne Schrutka. Ein Mahnwort an römische Mütter	285
Wichura, Dr. Ethische Momente im Kampfe gegen die Kindersterblichkeit	290
Cohn, Dr. Michael. Städtische Säuglingsfürsorge in Rixdorf	299
Spiegel, Dr. Säuglingssterblichkeit in Kiel	322
Kolleck, G. Ein Beitrag zur Milchversorgung, Säuglingsfürsorge und Mutter- beratung	335
Schelble, Dr. Hans. Säuglingsfürsorge in Freiburg i. B.	344
Szana, Dr. Alexander. Kurze Bemerkungen über den heutigen Stand der Frage von der Anstaltspflege kranker Säuglinge	354

	Seite
Brüning, Dr. med. H. Säuglingssterblichkeit im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin in den Jahren 1876—1905	367
Felsenthal, Dr. Fünf Jahre Ziehkinderfürsorge in Mannheim	379
Hillenberg, Dr. Die Ernährungs- und Sterblichkeitsverhältnisse der Säuglinge im Kreise Springe	384
Rott, Fritz, und Langstein, Leo. Die Säuglingsstation der Königlichen Charité in den Jahren 1894 bis 1908	399

Referate.

Heft 1.

Neumann, Dr. H. Einfluß des Geburtsmonats auf die Lebensaussicht im ersten Lebensjahr	44
--	----

Heft 5.

Escherich, Hofrat Dr. Theodor. Ein Jubiläumswerk zum Schutz der ersten Kindheit	183
--	-----

Heft 6.

Doerfler, Dr. Hans. Bericht über das erste Jahr der Tätigkeit der Säuglingsfürsorgestelle in Weissenburg in B.	220
Henrotin. Unzulänglichkeit der Gouttes de lait im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit	221
Keller, Arthur. Germania docet	222
III. Tagung Deutscher Berufsvormünder	222

Heft 7.

Deutsch, E. Kindersterblichkeit und Milchküche	256
Keller, Arthur. Aus der Praxis der Säuglingsfürsorge	256
Schmid, Marie von. Mutterdienst	258
Szana, A. Untersuchungen über die Versorgung der Säuglinge in öffentlicher Fürsorge	258
Sexual-Probleme	259
First Report of „The Babies' Dispensary and Hospital“ of Cleveland	260
Preis des Hodgkins-Fond	261
Generalvormundschaft und Berufsvormundschaft	261

Heft 8.

Ergebnisse der Säuglingsfürsorge	297
--	-----

Heft 9.

Hoffa, Dr. Th. Ärztlicher Jahresbericht über das „Barmer Säuglingsheim mit Krippe“ für die Zeit vom 1. Mai 1907 bis 31. März 1908	331
--	-----

Heft 10.		Seite
Salomon, Dr. Alice. Mutterschutz und Mutterschaftsversicherung . . .		359
Uffenheimer. Eine bemerkenswerte Eingabe der Münchner Zentrale für Säuglingsfürsorge		363
Seiffert, Dr. Max. Über die kulturelle und soziale Bedeutung der Kindersterblichkeit		364
Rievel, Dr. H. Handbuch der Milchkunde		366

Heft 11.		
Sitzung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in Köln, September 1908 .		393
Jacobius, S. Beobachtung an stillenden Frauen		397
Johannessen, Prof. Dr. Axel. Untersuchungen über den Einfluß der verschiedenen Todesursachen auf die gesamte Säuglingssterblichkeit Norwegens		398
Pescatore, Dr. M. Pflege und Ernährung des Säuglings		398

Heft 12.		
Sitzung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in Köln, Sept. 1908 (Schluß)		427

Namenregister.

(Fettgedruckte Seitenzahlen beziehen sich auf den Verfasser einer Originalabhandlung, Seitenzahlen mit † auf den Verfasser eines referierten Buches oder einer referierten Abhandlung, Seitenzahlen mit * auf den Verfasser eines Referates.

- | | |
|---|---|
| Aschaffenburg 430.† | Kolleck, G. 335. |
| Benfey 298.* | Krukenberg, E. 89. |
| Benjamin 432.† | Langstein, L., u. Rott, F. 399. |
| Boehme 188. 151. 222.* 256.* 258.* | May 432.† |
| 259.* 260.* 364.* 398 (2).* | Neumann, H. 44.† 212. |
| Boye, B. 275. | Nothmann 427.† |
| Bruck, A. W. 427.† | Pescatore, M. 398.† |
| Brüning, H. 87. 367. | Rechtenstamm, M. Schrutka von 285. |
| Cohn, M. 299. | Riesel, H. 366.† |
| Deutsch, E. 256.† | Rott, F., u. Langstein, L. 399. |
| Dietrich, E. 1. 45. | Salge 190.* 221.* 258.* 398.* |
| Doerfler, H. 220.† 221.* | Salomon, A. 359.† |
| Effler 204. 246. | Schelble, H. 344. |
| Escherich, Th. 183.† | Schick 432.† |
| Escherisch 432.† | Schiller und Behrens 223. |
| Felsenthal 379. | Schmid, M. von 258.† |
| Galatti 432.† | Seifert 432.† |
| Henrotin 221.† | Seiffert, M. 364.† |
| Hillenberg 384. | Spiegel 322. |
| Hochsinger 429.† | Szana, A. 258.† 354. |
| Hoffa, Th. 172. 191. 331.† 334.* | Taube 30. |
| Hohlfeld 432.† | Trumpp, J. 110. 119. |
| Jacobius, S. 397.† | Tugendreich, G. 62. |
| Jehle 427.† | Uffenheimer 363.† |
| Johannessen, A. 398.† | Wahrendorf, F. 366.* |
| Keller, A. 222.† 256.† 363.* | Wichura 260.* 290. |
| Keller, A. u. E. 263. | Wieland 429.† |
| Knoepfelmacher 428.† | |

13471
Zeitschrift für Säuglingsfürsorge

Band 2

JUL - 8 1908
1908

Nr. 1

Das Fürsorgewesen für Säuglinge.

Von

Geh. Ober-Medizinalrat Dr. **E. Dietrich**-Berlin¹⁾.

Euere Exzellenz, meine Damen und Herren!

In der Bewegung der Bevölkerung nimmt das erste Lebensjahr eine bedeutsame Rolle ein. Die Geburtenzahl, d. h. der Zuwachs zu der ersten Altersstufe, und die Gesamtsterblichkeit, d. h. die Abnahme sämtlicher Altersstufen, liefern uns den jährlichen absoluten Bevölkerungszuwachs. An der Gesamtsterblichkeit hat die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre einen sehr hohen Anteil. In Deutschland umfaßt die Säuglingssterblichkeit mehr als ein Drittel aller Gestorbenen. In anderen Ländern ist es ähnlich, wenn auch erhebliche Unterschiede vorhanden sind (siehe Tabelle I). Der Anteil der Säuglinge an der Gesamtsterblichkeit ist für die deutschen Bundesstaaten aus Tabelle II zu ersehen.

Berücksichtigt man, daß das Säuglingsalter, d. h. die Zeit von der Geburt des Kindes bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres bei uns etwa den 34. Teil der Gesamtbevölkerung umgreift, so ergibt sich, daß die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre in Deutschland 10 mal so groß ist als die der Gesamtheit.

Man hat die um vieles höhere Sterblichkeit der Säuglinge als einen von der Natur gewollten und normalen Vorgang hingestellt, dem man ein Hindernis nicht in den Weg legen dürfe, als ein Sicherheitsventil gegen das Überhandnehmen schwächlicher Konstitutionen, die in ihren späteren Lebensjahren den Angehörigen oder der menschlichen Gesellschaft zur Last fallen würden. Diese Auffassung ist längst als eine höchst bedenkliche erkannt, sie ist nur möglich bei der vollkommenen Unkenntnis der einschlägigen Verhältnisse. Die hohe Kindersterblichkeit ist ein großer Schaden für die Nation und ein nationales Unglück, weil zahlreiche volkswirtschaftliche Werte alljährlich unter Aufwand von Nationalvermögen in die Welt gesetzt und vorzeitig wieder vernichtet werden.

¹⁾ Referat, erstattet auf dem Internationalen Kongreß für Hygiene und Demographie in Berlin im September 1907.

Die hohe Kindersterblichkeit pflegt auch die Geburtenhäufigkeit zu erhöhen dadurch, daß sie den Zeitraum zwischen zwei in einer Familie aufeinanderfolgende Geburten verkürzt und so nicht nur

Tabelle I.

Die Säuglingsterblichkeit in verschiedenen Kulturstaaten im Jahre 1903 (aus den amtlichen Veröffentlichungen des Kaiserlichen Statistischen Amtes).

Land	Es starben Kinder im ersten Lebensjahre auf	
	100 Sterbefälle überhaupt (ohne Totgeborene)	100 Lebendgeborene
Deutsches Reich	34,5	20,4
Österreich	31,8	21,5
Ungarn	29,8	21,2
Finnland	21,7	12,7
Serbien	26,3	15,1
Italien	24,3	17,2
Schweiz	21,0	13,3
Frankreich	15,0	13,7
Luxemburg	24,9	16,0
Belgien	25,1	15,5
Niederlande	27,4	13,5
Dänemark	22,7	11,6
Norwegen	15,13	7,9
England und Wales	24,2	13,2
Schottland	20,6	11,8
Irland	12,6	9,6
Mexiko	31,6	30,8
Honduras (Republik)	21,5	10,1
Algerien	17,5	10,1
Japan	24,3	15,2
Viktoria	20,2	10,6
Neusüdwest	24,1	11,0
Queensland	23,8	12,0
Südaustralien	21,2	9,7
Westaustralien	33,9	14,1
Tasmania	26,6	11,1
Neuseeland	20,8	8,1

die Kraft der Mutter in zweckloser Weise erschöpft, sondern auch hierdurch mittelbar den Nachwuchs minderwertiger macht. Die Ursachen der hohen Säuglingssterblichkeit, insbesondere die unzureichende Nahrung und Pflege vermindern ferner nicht nur die

Zahl der Kinder um ein erhebliches, in Deutschland um den 5. Teil, sondern sie verschlechtern auch die Konstitution zahlreicher am Leben bleibender Kinder, so daß von einer Auslese der Wider-

Tabelle II.

Die Säuglingsterblichkeit in den deutschen Bundesstaaten im Jahre 1905 (aus den amtlichen Veröffentlichungen des Kaiserlichen Statistischen Amtes).

Staat	Es starben Kinder im ersten Lebensjahre auf	
	100 Sterbefälle überhaupt (ohne Totgeborene)	100 Lebendgeborene
Preußen	33,8	19,8
Bayern	36,8	24,1
Sachsen	41,7	25,7
Württemberg	34,3	21,4
Baden	32,5	19,7
Hessen	27,3	15,4
Mecklenburg-Schwerin . .	27,6	18,5
Sachsen-Weimar	29,1	18,8
Mecklenburg-Strelitz . .	31,1	23,1
Oldenburg	26,0	13,0
Braunschweig	28,8	18,2
Sachsen-Meiningen . . .	26,5	14,0
Sachsen-Altenburg . . .	42,6	27,4
Sachsen-Koburg-Gotha . .	28,3	17,2
Anhalt	33,3	20,9
Schwarzburg-Sondershausen	29,9	16,8
Schwarzburg-Rudolstadt .	27,4	15,7
Waldeck	14,2	8,7
Reuß ä. L.	42,3	27,8
Reuß j. L.	42,7	28,2
Schaumburg-Lippe . . .	19,3	9,0
Lippe	23,4	11,7
Lübeck	30,1	17,3
Bremen	30,2	17,3
Hamburg	28,4	17,2
Elsaß-Lothringen	27,4	18,9

standsunfähigen nicht gesprochen werden kann. Die Zahl derjenigen Kinderärzte und Tuberkuloseforscher mehrte sich von Jahr zu Jahr, welche der Ansicht sind, die Tuberkulose werde schon im frühesten Kindesalter, besonders von den an Ernährungsstörungen leidenden Säuglingen aufgenommen und latent behalten, bis eine weitere

Schädigung der Widerstandsfähigkeit den offenen Ausbruch der tuberkulösen Erkrankung veranlasse. Ähnlich verhält es sich mit anderen Krankheiten, deren Keime von den in ihrer Widerstandskraft geschwächten Säuglingen nicht überwunden werden können.

Die geringe Bewertung des Säuglingslebens bedeutet aber auch zugleich einen Verzicht auf das einzige Mittel, dem andauernden Abfall der Geburtenziffer und der Verminderung des Bevölkerungszuwachses entgegenzuarbeiten. Während im Jahre 1875 auf 1000 Einwohner in Preußen 42,9 Lebendgeburten kamen, war diese Verhältniszahl im Jahre 1905 auf 34,8 gesunken und hatte damit einen Tiefstand erreicht, der selbst im Jahre 1871 nach dem verlustreichen deutsch-französischen Kriege mit 35,3 nicht erreicht worden ist.

Daß es möglich ist, die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre ganz erheblich herabzudrücken, zeigen uns die Verhältnisse in anderen Staaten. Ein Vergleich Preußens, dessen Ziffern auch die Sterblichkeitsziffern Deutschlands maßgebend beeinflussen, mit den entsprechenden Verhältnissen in Schweden möge als Beispiel dienen. Im Anfang des vorigen Jahrhunderts, in der Zeit von 1816—1820, zeigte Preußen eine Säuglingssterblichkeit von 16,9 auf 100 Lebendgeborene, Schweden eine solche von 18,3%. Im Jahre 1903, etwa 85 Jahre später, betrug die Sterblichkeit in Preußen 19,4% und in Schweden 9,3%. In Schweden ist also die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre in den letzten 8 Jahrzehnten um 50% zurückgegangen, während die Sterblichkeit der Kinder in Preußen in derselben Zeit nicht nur nicht zurückgegangen, sondern noch um etwa 12% gestiegen ist. Dasselbe Ergebnis zeigt ein Vergleich Preußens mit Norwegen. In den Jahren 1836—1840 betrug die Säuglingssterblichkeit in Preußen 18,08%, in Norwegen 14,0%, im Jahre 1904 zeigte Preußen 19,4, Norwegen 7,5%. Es ist bekannt, daß Schweden und Norwegen schon im Anfang des vorigen Jahrhunderts staatlicherseits Maßnahmen zur Förderung des Selbststillens und zur Herabminderung der Säuglingssterblichkeit getroffen haben.

In der Tat ist es eine ernste Pflicht der öffentlichen Faktoren im Staate, der drohenden nationalen Gefahr, welche die Verminderung und Schwächung des Nachwuchses mit sich bringt, durch geeignete Fürsorgemaßnahmen entgegenzutreten.

Eine unerläßliche Voraussetzung für jedes Vorgehen auf dem

Gebiete der Säuglingsfürsorge ist die Ermittlung aller tatsächlichen Verhältnisse, besonders der Daseinsbedingungen und der Sterblichkeit der Kinder, weil es nur auf diese Weise möglich ist, die Ursachen für das mangelhafte Gedeihen der Säuglinge und mit ihnen zugleich die richtigen Maßnahmen zur Abhilfe zu finden. Es kommen in Betracht die Beziehungen der Kindersterblichkeit zur Ernährung, Pflege, ärztlichen Versorgung, Jahreszeit, zum Klima, zu Stadt und Land, zur Ehelichkeit und Unehelichkeit, zur allgemeinen Lebensführung, zur Beschäftigungsweise der Eltern, zu dem Einfluß der Wohnungen und sonstiger für die öffentliche Gesundheit wichtigen Verhältnisse, zur Bevölkerungsdichtigkeit und zur Geburtenhäufigkeit. Alle diese Beziehungen müssen für den Staat, aber auch für den Bezirk oder eine Gemeinde klargestellt werden, denn bei allen Bestrebungen zum Schutze der Säuglinge ist zu beachten, daß die Verschiedenheit der Bezirke oder Gemeinden eine große Verschiedenheit in den Ursachen der Kindersterblichkeit und dementsprechend auch in den Maßregeln zum Schutze der Säuglinge bedingt und daß wie bei allen Fragen der Verwaltung und der sozialen Fürsorge bei dieser Frage ganz besonders das Schematisieren vermieden werden muß.

In den meinem Berichte beigegebenen Tabellen III—XI¹⁾ habe ich versucht, einige wichtige statistische Angaben über Umfang, Art und Ursachen der Säuglingssterblichkeit in Deutschland und in Preußen unter Berücksichtigung der angeführten Gesichtspunkte zusammenzustellen. Das Ergebnis ist kurz folgendes: Die Säuglingssterblichkeit in Deutschland bzw. in Preußen ist in den ersten 5 Jahren dieses Jahrhunderts, abgesehen von kleinen Schwankungen, gleich geblieben (Tabelle III); in den Stadtgemeinden ist sie größer als in den Landgemeinden (Tabelle IV und V); ihre Hauptursachen sind die Ernährungsstörungen, welche zwei Drittel aller Todesfälle ausmachen (Tabelle VI). Die Säuglingssterblichkeit ist am größten im ersten Monat und hier in den beiden ersten Wochen und in diesem Zeitraum wieder in den beiden ersten Tagen des Lebens der Kinder (Tabelle VII). Sie ist am größten in den weniger bemittelten Klassen (Tabelle VIII). Sie zeigt ihren Höhepunkt im Juli und August, so daß auch die Gesamtsterblichkeit in diesen

¹⁾ Die Tabellen sind, soweit nichts anderes angegeben, aus den amtlichen Arbeiten und Veröffentlichungen des Kaiserlichen Statistischen Amtes und des Königlich Preussischen Statistischen Landesamtes zusammengestellt.

beiden Monaten ihren höchsten Gipfel erreicht (Tabelle IX und X). Die Sterblichkeit der mit Tiermilch ernährten Kinder ist doppelt so groß und größer als diejenige der mit Brustmilch ernährten (Tabelle X). Wo überhaupt eine einigermaßen einwandfreie Erhebung über das Stillgeschäft ermöglicht werden konnte, hat sich eine erhebliche Abnahme des Stillgeschäftes gezeigt (Tabelle XI) und hierin ist auch der Hauptgrund der hohen Säuglingssterblich-

Tabelle III.
Die Säuglingssterblichkeit in Deutschland und
Preußen in den Jahren 1901—1905.

Im Jahre	Es starben Kinder im ersten Lebensjahre auf	
	100 Sterbefälle überhaupt (ohne Totgeborene)	100 Lebendgeborene
in Deutschland		
1901	35,8	20,7
1902	33,0	18,3
1903	34,5	20,4
1904	34,2	19,6
1905	34,2	20,5
in Preußen		
1901	35,3	20,0
1902	31,8	17,2
1903	33,9	19,4
1904	33,3	18,5
1905	33,8	19,8

keit zu suchen. Ähnliche Erhebungen sollten für jede Gemeinde angestellt werden, welche die Säuglingsfürsorge übernehmen will. Besonders wichtig sind die Feststellungen der Tabellen VI—XI, welche die Verschiedenheit der örtlichen Verhältnisse ergeben werden.

Ist Umfang und Eigenart der Kindersterblichkeit festgestellt, so sind danach die Fürsorgemaßnahmen für die Säuglinge zu bemessen. Die Maßnahmen haben sich in erster Linie auf den Schutz der Gesamtheit der Kinder zu richten; diese allgemeine Fürsorge will allen Bevölkerungsklassen, welche von ihr Gebrauch machen wollen, zugute kommen; eine besondere Fürsorge erfordern sodann diejenigen Säuglinge, welche obdachlos, elternlos oder sonst unmittelbar fürsorgebedürftig sind.

Tabelle IV.

**Die Säuglingsterblichkeit im preussischen Staate 1905 nach Provinzen
und Bezirken, überhaupt, Stadt- und Landgemeinden.**

Staat, Provinzen und Regierungsbezirke	Lebendgeborene 1905			Gestorben im ersten Lebensjahre (ausschl. Totgeborene)			Auf 1000 Lebend- geborene starben im ersten Lebensjahre		
	über- haupt	in den Stadt- gemein- den	in den Land- gemein- den	über- haupt	in den Stadt- gemein- den	in den Land- gemein- den	über- haupt	in den Stadt- gemein- den	in den Land- gemein- den
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a) Staat	1241 620	510 954	730 666	245 981	101 757	144 224	198,11	199,15	197,39
b) Provinzen:									
I. Ostpreußen	66 643	17 080	49 563	15 309	4 025	11 284	229,72	235,66	227,67
II. Westpreußen	63 785	17 955	45 830	15 831	4 495	11 336	248,19	255,42	247,35
III. Landespolizei- bezirk Berlin ¹⁾	62 707	62 707	—	12 625	12 625	—	201,33	201,33	—
IV. Brandenburg ²⁾	84 030	28 923	55 107	20 603	7 384	13 219	245,19	255,30	239,88
V. Pommern	54 416	21 880	32 536	13 012	5 572	7 440	239,12	254,66	228,67
VI. Posen	77 441	22 937	54 504	17 361	2 475	11 886	224,18	238,70	218,08
VII. Schlesien	177 730	51 845	125 885	44 333	12 764	31 569	249,44	246,20	250,78
VIII. Sachsen	93 577	41 672	51 905	20 337	9 303	11 034	217,33	223,24	212,58
IX. Schleswig-Hol- stein	44 869	19 762	25 107	7 410	3 562	3 848	165,15	180,24	153,26
X. Hannover	82 221	28 961	53 260	11 555	4 416	7 139	140,54	152,48	134,04
XI. Westfalen	141 949	59 188	82 761	20 306	8 974	11 332	143,05	151,62	136,92
XII. Hessen-Nassau	61 405	25 927	35 478	8 061	3 778	4 283	131,28	145,79	120,72
XIII. Rheinland	228 639	111 894	116 745	38 752	19 350	19 402	169,49	172,98	166,19
XIV. Hohenzollern	2 208	223	1 985	486	34	452	220,11	152,47	227,71
c) Regierungsbezirke:									
1. Königsberg	28 361	10 611	17 750	6 908	2 666	4 242	243,57	251,25	238,99
2. Gumbinnen	20 100	3 098	17 002	4 924	702	4 222	244,98	226,60	248,32
3. Allenstein	18 182	3 371	14 811	3 477	657	2 820	191,23	194,90	190,40
4. Danzig	27 456	9 863	17 593	7 095	2 493	4 602	258,41	252,76	261,58
5. Marienwerder	36 329	8 092	28 237	8 736	2 002	6 734	240,47	247,40	238,48
6. Landespolizei- bezirk Berlin ¹⁾	62 707	62 707	—	12 625	12 625	—	201,33	201,33	—
7. Potsdam ²⁾	49 536	15 570	33 966	12 020	4 076	7 944	242,65	261,79	233,88

¹⁾ Einschließlich der Städte Charlottenburg, Schöneberg und Rixdorf.

²⁾ Ausschließlich der Städte Charlottenburg, Schöneberg und Rixdorf.

Tabelle IV. Fortsetzung.

Staat, Provinzen und Regierungsbezirke	Lebendgeborene 1906			Gestorben im ersten Lebensjahre (ausschl. Totgeborene)			Auf 1000 Lebend- geborene starben im ersten Lebensjahre		
	über- haupt	in den Stadt- gemein- den	in den Land- gemein- den	über- haupt	in den Stadt- gemein- den	in den Land- gemein- den	über- haupt	in den Stadt- gemein- den	in den Land- gemein- den
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Frankfurt . . .	34494	13353	21141	8583	3308	5275	248,83	247,73	249,52
9. Stettin . . .	27271	13103	14168	7338	3538	3800	269,08	270,01	268,21
10. Köslin . . .	20140	5810	14330	3959	1332	2627	196,57	229,26	183,32
11. Stralsund . . .	7005	2967	4038	1715	702	1013	244,83	236,60	250,87
12. Posen . . .	48220	14340	33880	10250	3318	6932	212,57	231,38	204,60
13. Bromberg . . .	29221	8597	20624	7111	2157	4954	243,35	250,90	240,21
14. Breslau . . .	59426	23027	36399	16890	5957	10933	284,22	258,70	300,37
15. Liegnitz . . .	34402	10631	23771	9545	2929	6616	277,45	275,52	278,32
16. Oppeln . . .	83902	18187	65715	17898	3878	14020	213,32	213,23	213,35
17. Magdeburg . . .	36183	17432	18751	8195	4193	4002	226,49	240,53	213,43
18. Merseburg . . .	41809	17188	24621	9371	3833	5538	224,14	223,00	224,93
19. Erfurt . . .	15585	7052	8533	2771	1277	1494	177,80	181,08	175,08
20. Schleswig . . .	44869	19762	25107	7410	3562	3848	165,15	180,24	153,26
21. Hannover . . .	19622	10106	9516	3094	1696	1398	157,68	167,82	146,91
22. Hildesheim . . .	16117	6036	10081	2257	803	1454	140,04	133,04	144,23
23. Lüneburg . . .	14357	4454	9903	2266	807	1459	157,83	181,19	147,33
24. Stade . . .	12989	3150	9839	1793	467	1326	138,04	148,25	134,77
25. Osnabrück . . .	11407	3314	8093	1395	429	966	122,29	129,45	119,36
26. Aurich . . .	7729	1901	5828	750	214	536	97,04	112,57	91,97
27. Münster . . .	33395	10322	23073	5318	1754	3564	159,25	169,93	154,47
28. Minden . . .	22528	6936	15592	2698	822	1876	119,76	118,51	120,32
29. Arnberg . . .	86026	41930	44096	12290	6398	5892	142,86	152,59	133,62
30. Kassel . . .	29190	9473	19717	3493	1210	2283	119,66	127,73	115,79
31. Wiesbaden . . .	32215	16454	15761	4568	2568	2000	141,80	156,07	126,90
32. Koblenz . . .	22734	5802	16932	3246	842	2404	142,78	145,12	141,98
33. Düsseldorf . . .	109590	68694	40896	17987	11076	6911	164,13	161,24	168,99
34. Köln . . .	39911	23442	16469	7975	4842	3133	199,82	206,55	190,24
35. Trier . . .	34767	6078	28689	5209	951	4258	149,83	156,47	148,42
36. Aachen . . .	21637	7878	13759	4335	1639	2696	200,35	208,06	195,94
37. Sigmaringen . . .	2208	223	1985	486	34	452	220,11	152,47	227,71

Tabelle V.

**Die Säuglingssterblichkeit in einzelnen Kreisen Preußens im Jahre 1905,
überhaupt, Stadt- und Landgemeinden.**

Regierungs- bezirk	Kreis	Im Jahre 1905 starben auf 1000 Lebend- geborene im ersten Lebensjahre		
		überhaupt	in den Stadt- gemeinden	in den Land- gemeinden
Königsberg	Braunsberg	243,07	300,28	200,21
"	Pr. Holland	251,24	326,92	235,47
Gumbinnen	Ragnit	262,18	368,42	254,13
Danzig	Elbing, Landkreis	326,90	337,29	313,90
"	Neustadt, W.-Pr.	212,88	281,89	184,68
Potsdam	Niederbarnim	249,38	313,87	245,38
"	Teltow	207,84	286,64	194,82
"	Westpreignitz	232,52	262,34	198,21
Stettin	Naugard	251,27	299,34	221,07
Köslin	Schlawe	203,05	252,32	187,31
"	Lauenburg	180,36	238,53	155,36
"	Bütow	213,79	275,11	195,60
Posen	Wreschen	199,48	250,76	185,52
"	Obornick	240,61	295,61	227,40
"	Fraustadt	193,92	248,70	176,17
"	Pleschen	187,50	257,03	173,34
Bromberg	Landkreis Bromberg	296,12	362,50	286,73
"	Strelno	234,22	275,15	224,02
Liegnitz	Sagan	240,91	292,50	224,04
Oppeln	Leobschütz	239,51	293,79	226,02
"	Falkenberg	193,89	241,38	187,44
Magdeburg	Gardelegen	214,63	290,09	192,55
"	Oschersleben	242,04	272,30	217,05
Schleswig	Sonderburg	135,80	193,13	119,51
"	Tondern	109,69	166,67	96,63
Stade	Bremervörde	105,88	205,61	84,02
Osnabrück	Meppen	178,81	251,21	151,46
Aurich	Norden	91,66	148,65	82,71
Münster	Lüdinghausen	174,65	250,00	160,55
"	Landkreis Münster	192,49	346,15	182,50
Kassel	Frankenberg	100,00	146,20	84,17
"	Gersfeld	120,52	208,33	110,40
Trier	Bernkastel	146,78	204,23	141,19

Tabelle VI.

a) Säuglingssterblichkeit in Preußen nach Todesursachen.

Von 10000 Kindern im ersten Lebensjahre starben im Durchschnitt des ganzen Staates

an	im Jahre					
	1903		1904		1905	
	Knaben	Mädchen	Knaben	Mädchen	Knaben	Mädchen
1. Krankheiten der Verdauungsorgane	589,68	502,11	619,50	521,06	702,12	586,57
2. Angeborene Lebensschwäche (und Bildungsfehler)	493,51	397,70	474,43	383,96	471,85	378,14
3. Krankheiten der Atmungsorgane, des Gehirns, der Kreislauf- organe, der Hara- und Geschlechtsorgane, Krebs, Keuchhusten, Tuberkulose, Typhus, Masern, Kötteln, Diphtherie-Krupp, Schar- lach, sonstige übertragbare Krankheiten, gewaltsame Todesarten, übertragbare Tierkrankheiten	518,54 771,18 135,39	448,02 623,82 113,48	506,04 709,54 124,47	431,63 573,31 100,74	511,13 694,73 123,26	444,45 562,68 102,82
4. Andere benannte Todesursachen (vorw. Krämpfe usw.) . . .						
5. Unbekannte Todesursachen						
Zusammen	2519,30	2085,13	2433,96	2010,00	2513,09	2074,66
1., 2. und 4. als Ernährungsstörungen zusammengefaßt	1864,37	1523,62	1803,47	1477,63	1868,70	1527,39

b) Die Säuglingsterblichkeit im Staate Hamburg¹⁾ nach Todesursachen

	im Jahre 1906	im Jahre 1906
1. an Lebensschwäche	746	838
2. " Magen- und Darmkatarrh, Brechdurchfall	1697	1466
3. " akuten Infektionskrankheiten	186	233
4. " Krankheiten der Atmungsorgane	422	581
5. " des Nervensystems	390	352
6. " anderen benannten Krankheiten	278	288
7. Todesursache nicht angegeben	43	56
Zusammen	3542	3804
1. und 2. zusammen	2283	2284

c) Die Säuglingsterblichkeit in der Stadt Mailand²⁾ nach Todesursachen

	im Jahre 1902	im Jahre 1903
1. an Verdauungskrankheiten	605	586
2. " angeborener Lebensschwäche	639	572
3. " Krankheiten der Atmungsorgane	369	377
4. " Infektionskrankheiten	183	127
5. " andern Todesursachen	162	202
Zusammen	1968	1864
1. und 2. zusammen	1244	1158

¹⁾ Zusammengestellt aus der medizinischen Statistik des hamburgischen Staates.²⁾ Daß die Verhältnisse auch anderswo so liegen wie bei uns, zeigt die mir durch die Güte des Dr. Giovanni Grassi-Milano übermittelte Zusammenstellung aus Mailand.

Übersicht der im ersten Lebensjahre Gestorbenen nach Alterstagen und -monaten

Gegenstand der Nachweisung 1	Königsberg			Gumbinnen		
	Stadt	Land	Zus.	Stadt	Land	Zus.
	2	3	4	5	6	7
Von 1000 Lebendgeborenen starben im Alter von:						
Über 0 bis 1 Tag	7,73	7,10	7,33	11,62	7,70	8,31
„ 1 „ 2 Tage	5,75	4,34	4,86	3,23	3,88	3,78
„ 2 „ 3 „	3,30	2,70	2,93	3,87	2,71	2,89
„ 3 „ 4 „	1,60	1,92	1,80	3,55	1,76	2,04
„ 4 „ 5 „	1,70	1,63	1,66	1,61	2,35	2,24
„ 5 „ 6 „	1,41	1,69	1,59	1,61	1,88	1,84
„ 6 „ 7 „	2,07	1,97	2,01	1,61	2,12	2,04
„ 7 „ 8 „	0,94	2,37	1,83	1,94	1,53	1,59
„ 8 „ 9 „	1,51	1,69	1,62	1,61	2,18	2,09
„ 9 „ 10 „	1,51	2,70	2,26	0,97	2,00	1,84
„ 10 „ 11 „	1,79	1,86	1,83	1,61	3,23	2,99
„ 11 „ 12 „	1,98	2,31	2,19	2,26	2,41	2,39
„ 12 „ 13 „	2,45	1,86	2,08	2,26	2,59	2,54
„ 13 „ 14 „	2,73	2,54	2,61	1,94	3,35	3,13
„ 14 „ 15 „	1,70	2,87	2,43	0,65	3,06	2,69
Über 0 bis 15 Tage	38,17	39,55	39,03	40,35	42,76	42,39
„ 15 „ 30 „	23,56	28,34	26,55	20,98	33,82	31,84
Über 0 bis 1 Monat	61,73	67,89	65,58	61,33	76,58	74,23
„ 1 „ 2 Monate	31,95	32,23	32,12	31,63	40,47	39,10
„ 2 „ 3 „	30,44	29,24	29,69	22,60	27,11	26,42
„ 3 „ 4 „	24,50	22,25	23,10	22,27	21,29	21,44
„ 4 „ 5 „	19,04	15,72	16,96	17,11	17,53	17,46
„ 5 „ 6 „	16,02	13,18	14,24	14,20	11,70	12,09
„ 6 „ 7 „	14,04	11,55	12,48	14,53	11,53	11,99
„ 7 „ 8 „	12,35	10,93	11,46	8,72	9,23	9,15
„ 8 „ 9 „	11,50	8,85	9,84	10,97	10,70	10,75
„ 9 „ 10 „	10,27	10,37	10,33	5,81	7,94	7,61
„ 10 „ 11 „	10,18	9,18	9,56	9,36	7,35	7,66
„ 11 „ 12 „	9,24	7,61	8,22	8,07	6,88	7,06
Über 0 bis 1 Jahr	251,25	238,99	243,57	226,60	248,32	244,98

VII.

in den Regierungsbezirken Preußens, getrennt nach Stadt u. Land, im Jahre 1905.

Regierungsbezirke								
Allenstein			Danzig			Marienwerder		
Stadt 8	Land 9	Zus. 10	Stadt 11	Land 12	Zus. 13	Stadt 14	Land 15	Zus. 16
11,57	8,98	9,46	12,57	11,99	12,20	11,62	11,93	11,86
4,45	4,05	4,12	5,48	4,72	4,99	4,45	5,06	4,93
2,08	2,36	2,31	3,95	3,35	3,57	3,46	3,44	3,44
0,89	1,96	1,76	1,32	1,99	1,75	1,73	2,51	2,34
1,78	1,28	1,37	1,52	1,37	1,42	1,98	1,66	1,73
1,19	1,35	1,32	1,72	1,65	1,68	2,35	2,34	2,34
3,26	2,50	2,64	1,01	1,76	1,49	1,98	1,70	1,76
1,19	2,57	2,31	1,93	1,65	1,75	1,85	1,84	1,84
1,19	2,50	2,25	1,32	2,10	1,82	1,11	2,20	1,95
0,59	1,96	1,70	1,22	1,37	1,31	1,85	1,84	1,84
2,08	2,57	2,47	1,72	2,56	2,26	1,85	1,74	1,76
1,19	2,03	1,87	1,72	2,67	2,33	1,98	2,16	2,12
0,59	1,89	1,65	1,42	3,41	2,70	1,98	2,69	2,53
0,89	2,77	2,42	2,64	2,27	2,40	2,10	3,68	3,33
4,45	3,78	3,90	2,64	3,64	3,28	3,09	3,54	3,44
37,38	42,54	41,58	42,18	46,50	44,94	43,38	48,34	47,23
18,69	26,60	25,13	24,64	29,90	28,01	25,33	27,48	27,00
56,07	69,14	66,71	66,82	76,39	72,95	68,71	75,82	74,24
20,47	24,58	23,81	30,62	30,98	30,85	29,78	29,96	29,92
18,39	17,82	17,93	28,39	26,32	27,06	22,49	25,25	24,64
21,36	15,06	16,22	23,12	23,42	23,31	24,59	18,73	20,04
13,65	9,99	10,67	21,19	20,75	20,91	16,81	15,79	16,02
12,46	10,40	10,78	17,95	16,65	17,12	16,81	13,74	14,42
11,27	10,53	10,67	13,79	15,29	14,75	12,60	13,49	13,30
10,68	8,71	9,07	10,14	12,90	11,91	11,99	10,13	10,54
10,38	6,62	7,31	10,95	11,14	11,07	10,13	10,27	10,24
8,90	5,54	6,16	10,44	10,00	10,16	13,35	9,56	10,40
5,93	5,47	5,55	9,02	9,04	9,03	11,62	8,43	9,14
5,34	6,55	6,32	10,34	8,70	9,29	8,53	7,30	7,57
194,90	190,40	191,23	252,76	261,58	258,41	247,40	238,48	240,47

Gegenstand der Nachweisung	Landes- polizeibezirk Berlin ¹⁾ 17	Potsdam ²⁾			Frankfurt		
		Stadt 18	Land 19	Zus. 20	Stadt 21	Land 22	Zus. 23
Von 1000 Lebendgeborenen starben im Alter von:							
Über 0 bis 1 Tag . . .	9,78	10,40	7,17	8,21	9,66	6,91	7,97
„ 1 „ 2 Tage . . .	7,62	6,55	6,03	6,20	5,32	6,15	5,83
„ 2 „ 3 „ . . .	4,61	4,37	3,80	3,98	3,37	4,02	3,77
„ 3 „ 4 „ . . .	2,55	2,38	2,11	2,20	3,45	2,79	3,05
„ 4 „ 5 „ . . .	1,44	1,99	1,93	1,95	1,65	2,70	2,29
„ 5 „ 6 „ . . .	1,59	1,09	1,93	1,66	1,57	2,60	2,20
„ 6 „ 7 „ . . .	1,48	1,99	1,72	1,80	1,80	2,88	2,23
„ 7 „ 8 „ . . .	1,58	2,12	1,44	1,66	1,06	2,51	1,94
„ 8 „ 9 „ . . .	1,02	1,16	1,44	1,35	2,32	1,70	1,94
„ 9 „ 10 „ . . .	1,11	1,73	1,50	1,58	1,65	1,61	1,62
„ 10 „ 11 „ . . .	1,17	1,86	1,35	1,51	2,17	1,94	2,03
„ 11 „ 12 „ . . .	1,17	1,80	1,87	1,85	1,87	2,60	2,09
„ 12 „ 13 „ . . .	1,48	2,70	1,59	1,95	1,06	1,94	1,60
„ 13 „ 14 „ . . .	1,45	1,28	1,65	1,53	1,87	1,89	1,89
„ 14 „ 15 „ . . .	1,53	2,76	1,72	2,05	2,77	2,32	2,49
Über 0 bis 15 Tage . . .	39,58	44,19	37,25	39,48	40,37	44,56	42,94
„ 15 „ 30 „ . . .	18,18	26,27	22,66	23,83	24,26	28,66	26,96
Über 0 bis 1 Monat . .	57,76	70,46	59,91	63,31	64,63	73,22	69,90
„ 1 „ 2 Monate . .	24,07	30,76	28,94	29,53	26,36	28,71	27,80
„ 2 „ 3 „ . . .	21,60	33,27	26,12	28,43	26,14	25,17	25,54
„ 3 „ 4 „ . . .	17,59	25,37	24,20	24,57	22,92	24,22	23,72
„ 4 „ 5 „ . . .	14,90	20,75	19,63	19,99	19,99	18,83	19,28
„ 5 „ 6 „ . . .	12,36	17,08	16,23	16,51	18,27	14,52	15,97
„ 6 „ 7 „ . . .	11,18	14,19	14,12	14,14	16,40	15,33	15,74
„ 7 „ 8 „ . . .	9,58	13,36	12,19	12,57	12,88	12,63	12,73
„ 8 „ 9 „ . . .	9,18	10,02	10,84	10,58	12,73	9,41	10,70
„ 9 „ 10 „ . . .	7,75	10,08	10,29	10,22	10,63	10,55	10,58
„ 10 „ 11 „ . . .	7,56	8,67	8,15	8,32	9,74	9,27	9,45
„ 11 „ 12 „ . . .	6,31	7,77	7,50	7,59	7,04	7,66	7,42
Über 0 bis 1 Jahr . . .	199,84	261,79	238,12	245,76	247,73	249,52	248,83

¹⁾ Einschl. der Städte Charlottenburg, Schöneberg, Rixdorf und Deutsch-Wilmersdorf.

²⁾ Ausschl. der Städte Berlin, Charlottenburg, Schöneberg, Rixdorf und Deutsch-

Regierungsbezirke

Stettin			Köln			Stralsund			Posen		
Stadt 24	Land 25	Zus. 26	Stadt 27	Land 28	Zus. 29	Stadt 30	Land 31	Zus. 32	Stadt 33	Land 34	Zus. 35
9,16	7,91	8,51	7,75	6,28	6,70	10,79	9,16	9,85	14,71	14,29	14,41
8,09	6,71	7,37	6,02	4,82	5,16	6,74	7,43	7,14	5,09	5,14	5,12
5,11	3,67	4,86	2,41	3,70	3,33	3,03	6,19	4,85	2,86	3,45	3,28
2,29	2,61	2,46	1,38	1,88	1,74	2,36	3,96	3,28	2,23	2,72	2,57
1,30	1,69	1,50	1,72	2,16	2,04	1,01	3,22	2,28	2,16	2,36	2,30
1,53	1,48	1,50	1,72	1,74	1,74	1,01	1,98	1,57	1,67	2,36	2,16
1,91	2,19	2,05	1,72	2,23	2,08	1,01	2,97	2,14	1,46	1,98	1,83
2,37	1,91	2,13	1,55	1,74	1,69	1,69	2,23	2,00	1,60	2,69	2,36
1,83	2,68	2,27	2,24	1,19	1,49	1,01	1,73	1,43	0,91	2,27	1,87
2,14	0,92	1,50	0,52	1,12	0,94	2,02	2,48	2,28	1,12	1,29	1,24
1,60	1,98	1,80	1,03	1,95	1,69	3,03	1,24	2,00	1,26	1,80	1,64
2,29	2,12	2,20	1,03	1,95	1,69	2,02	1,49	1,71	1,05	1,83	1,60
1,76	2,54	2,16	0,86	1,81	1,54	1,35	1,98	1,71	1,81	2,36	2,20
2,59	3,04	2,82	1,55	2,30	2,09	3,71	2,23	2,86	1,26	2,24	1,95
2,59	2,40	2,49	1,38	2,02	1,84	2,02	1,24	1,57	2,51	4,28	3,75
46,55	43,83	45,14	32,87	36,92	35,75	42,80	49,53	46,68	41,70	51,06	48,28
24,50	24,42	24,46	22,89	18,70	19,91	21,57	25,01	23,56	21,20	24,09	23,23
71,06	68,25	69,60	55,77	55,62	55,66	64,37	74,54	70,24	62,90	75,15	71,51
30,98	30,28	30,62	26,85	20,66	22,44	29,66	29,22	29,41	24,47	23,73	23,95
29,61	27,67	28,60	23,75	17,86	19,56	27,30	34,42	31,41	21,06	16,82	18,08
26,18	25,13	25,63	19,45	13,12	14,95	21,91	24,76	23,55	20,29	14,99	16,57
22,36	22,94	22,66	16,87	12,38	13,61	17,53	20,55	19,27	17,57	13,07	14,41
15,34	19,20	17,35	17,21	10,26	12,26	13,82	15,60	14,85	14,58	11,07	12,11
15,95	16,66	16,32	15,15	10,47	11,82	13,48	12,88	13,13	15,13	11,28	12,42
14,80	15,25	15,03	13,94	11,93	12,51	9,77	8,92	9,28	14,30	8,38	10,14
13,66	13,20	13,42	12,05	9,21	10,03	11,12	8,92	9,85	11,37	8,03	9,02
11,68	11,22	11,44	9,98	9,07	9,33	10,45	7,68	8,85	11,30	9,24	9,85
10,23	10,02	10,12	10,33	6,84	7,85	10,45	7,43	8,71	8,93	6,76	7,40
8,17	8,40	8,29	7,92	6,00	6,55	6,74	5,94	6,28	9,48	6,08	7,09
370,01	268,21	269,08	229,26	183,32	196,57	236,60	250,87	244,83	231,38	204,60	212,57

Wilmerdorf.

Gegenstand der Nachweisung									
	Bromberg			Breslau			Liegnitz		
	Stadt 36	Land 37	Zus. 38	Stadt 39	Land 40	Zus. 41	Stadt 42	Land 43	Zus. 44
Von 1000 Lebend- geborenen starben im Alter von:									
Über 0 bis 1 Tag	13,49	10,91	11,67	12,81	12,31	12,50	10,35	10,85	10,70
„ 1 „ 2 Tage	5,82	4,66	5,00	7,08	5,99	6,41	5,74	6,14	6,02
„ 2 „ 3 „	3,95	3,49	3,63	4,34	4,42	4,39	4,14	4,50	4,39
„ 3 „ 4 „	1,51	2,23	2,02	3,17	3,05	3,10	3,29	3,32	3,31
„ 4 „ 5 „	2,44	1,50	1,78	1,52	2,69	2,24	1,88	2,40	2,24
„ 5 „ 6 „	1,63	1,31	1,40	1,52	2,28	1,99	1,51	1,56	1,54
„ 6 „ 7 „	1,98	1,84	1,88	1,39	2,23	1,90	2,07	1,73	1,83
„ 7 „ 8 „	1,98	2,28	2,19	1,26	2,28	1,88	1,60	1,47	1,51
„ 8 „ 9 „	2,21	2,13	2,16	1,52	2,09	1,87	0,94	1,22	1,13
„ 9 „ 10 „	1,63	1,70	1,68	1,13	2,23	1,80	1,03	2,06	1,74
„ 10 „ 11 „	1,74	1,84	1,81	1,30	2,12	1,80	2,16	1,85	1,95
„ 11 „ 12 „	1,86	2,33	2,19	1,52	1,76	1,67	1,32	2,65	2,24
„ 12 „ 13 „	2,33	2,86	2,70	1,39	2,34	1,97	2,35	2,99	2,79
„ 13 „ 14 „	1,28	2,57	2,19	1,65	2,58	2,22	2,45	3,07	2,88
„ 14 „ 15 „	3,26	4,90	4,41	2,35	2,88	2,68	2,26	2,61	2,50
Über 0 bis 15 Tage	47,11	46,55	46,71	43,95	51,24	48,41	43,08	48,42	46,77
„ 15 „ 30 „	22,45	29,33	27,31	23,62	33,13	29,45	26,15	29,57	28,52
Über 0 bis 1 Monat	69,56	75,88	74,02	67,57	84,37	77,86	69,23	77,99	75,29
„ 1 „ 2 Monate	26,75	29,53	28,71	33,44	38,77	36,70	33,02	35,13	34,47
„ 2 „ 3 „	25,59	23,47	24,09	30,49	35,69	33,67	31,79	34,37	33,57
„ 3 „ 4 „	21,52	20,46	20,77	25,67	27,25	26,64	27,28	28,19	27,90
„ 4 „ 5 „	18,03	15,08	15,95	18,59	22,42	20,93	24,27	20,87	21,92
„ 5 „ 6 „	16,17	13,97	14,61	17,67	20,11	19,17	17,50	16,20	16,60
„ 6 „ 7 „	16,17	12,66	13,69	14,59	15,44	15,11	16,09	14,64	15,09
„ 7 „ 8 „	13,61	12,22	12,63	11,77	14,40	13,38	14,20	12,58	13,08
„ 8 „ 9 „	14,42	10,76	11,84	10,73	12,06	11,54	12,14	11,23	11,51
„ 9 „ 10 „	11,86	11,54	11,64	10,73	10,99	10,89	11,19	9,59	10,09
„ 10 „ 11 „	10,24	7,90	8,59	9,64	10,11	9,93	9,31	9,42	9,39
„ 11 „ 12 „	6,98	6,74	6,81	7,82	8,76	8,40	9,50	8,12	8,55
Über 0 bis 1 Jahr	250,90	240,21	243,35	258,70	300,37	284,22	275,52	278,32	277,45

Regierungsbezirke

Oppeln			Magdeburg			Merseburg			Erfurt		
Stadt 45	Land 46	Zus. 47	Stadt 48	Land 49	Zus. 50	Stadt 51	Land 52	Zus. 53	Stadt 54	Land 55	Zus. 56
16,88	17,83	17,63	9,18	8,16	8,65	8,61	5,44	6,74	8,51	8,44	8,47
4,89	5,19	5,13	7,06	6,19	6,61	5,00	4,51	4,71	5,39	4,92	5,13
3,85	3,23	3,26	3,96	3,68	3,81	3,37	3,66	3,54	3,40	4,10	3,79
2,09	2,30	2,25	2,70	2,08	2,38	2,44	2,60	2,54	2,13	1,64	1,86
1,54	1,99	1,90	1,61	2,03	1,82	1,51	2,36	2,01	1,28	1,05	1,15
1,54	1,84	1,78	1,15	1,33	1,24	1,45	1,67	1,58	0,71	1,29	1,03
1,65	1,87	1,82	1,78	1,07	1,41	1,69	2,40	2,10	0,99	1,99	1,54
1,37	1,87	1,76	1,95	1,65	1,80	1,45	2,19	1,89	0,71	1,88	1,35
1,54	1,73	1,69	1,43	1,49	1,47	1,28	1,46	1,39	1,70	1,29	1,48
0,99	1,61	1,48	1,49	1,07	1,27	0,70	1,58	1,22	0,85	1,17	1,03
1,98	1,98	1,98	1,72	1,17	1,44	1,28	1,26	1,27	1,42	1,29	1,35
1,54	1,81	1,75	1,43	2,08	1,77	0,76	1,79	1,36	0,28	1,17	0,77
1,65	1,95	1,88	1,84	2,03	1,93	1,11	2,07	1,67	1,42	0,94	1,15
1,87	2,16	2,10	1,89	2,19	2,05	2,27	1,91	2,06	2,13	1,05	1,54
1,70	2,71	2,49	1,66	2,19	1,93	1,86	1,91	1,89	1,28	1,64	1,48
45,09	50,08	49,00	40,84	38,40	39,58	34,79	36,80	35,97	32,19	33,87	33,11
19,52	21,59	21,14	22,03	21,81	21,91	19,67	21,81	20,93	14,46	13,59	13,99
64,61	71,67	70,14	62,87	60,21	61,49	54,46	58,61	56,90	46,65	47,46	47,10
19,41	19,36	19,36	33,79	24,69	29,07	24,49	23,92	24,16	23,68	20,86	22,14
19,02	17,07	17,47	28,62	24,96	26,72	24,49	23,44	23,87	23,54	16,06	19,44
18,64	16,50	16,96	23,92	21,23	22,52	21,76	21,36	21,53	18,15	16,99	17,52
13,31	14,44	14,20	20,02	16,16	18,02	19,26	17,59	18,27	12,48	14,18	13,41
13,75	13,80	13,79	15,89	14,83	15,34	16,81	16,41	16,58	10,49	11,37	10,97
13,91	11,81	12,27	12,79	11,31	12,02	14,66	13,93	14,23	10,49	11,37	10,97
11,60	11,09	11,20	11,59	11,09	11,33	10,71	13,00	12,06	7,66	9,84	8,85
10,28	9,98	10,05	9,01	9,01	9,01	11,29	10,03	10,55	9,64	8,79	9,18
10,23	10,59	10,51	9,12	8,11	8,60	10,36	9,54	9,88	7,23	5,86	6,48
10,45	8,67	9,06	6,54	6,88	6,72	7,85	9,99	9,11	6,24	7,27	6,80
8,03	8,39	8,31	6,37	4,96	5,64	6,87	7,11	7,01	4,82	5,04	4,94
213,33	213,35	213,32	240,53	213,43	226,49	223,01	224,93	224,14	181,08	175,08	177,80

Gegenstand der Nachweisung	Schleswig			Hannover			Hildesheim		
	Stadt	Land	Zus.	Stadt	Land	Zus.	Stadt	Land	Zus.
	57	58	59	60	61	62	63	64	65
Von 1000 Lebend- geborenen starben im Alter von									
Über 0 bis 1 Tag	10,12	8,28	9,09	7,82	5,15	6,52	5,47	6,15	5,89
„ 1 „ 2 Tage	5,92	5,06	5,44	5,44	4,20	4,84	3,98	5,85	5,15
„ 2 „ 3 „	4,71	4,02	4,32	4,35	2,84	3,62	3,31	3,27	3,29
„ 3 „ 4 „	2,63	2,11	2,34	1,98	2,21	2,09	2,15	1,49	1,74
„ 4 „ 5 „	1,72	1,47	1,58	1,19	0,74	0,97	1,33	0,89	1,05
„ 5 „ 6 „	1,37	1,39	1,38	1,29	0,63	0,97	0,50	1,39	1,05
„ 6 „ 7 „	1,32	1,43	1,38	0,99	0,95	0,97	0,50	0,99	0,81
„ 7 „ 8 „	1,16	0,84	0,98	0,89	0,74	0,82	1,49	0,89	1,12
„ 8 „ 9 „	1,01	0,88	0,94	0,69	0,95	0,82	0,66	0,79	0,74
„ 9 „ 10 „	1,16	0,88	1,00	1,09	0,63	0,87	0,66	1,39	1,12
„ 10 „ 11 „	0,91	0,96	0,94	0,39	0,74	0,56	0,66	1,09	0,93
„ 11 „ 12 „	1,21	1,39	1,32	0,79	1,05	0,92	0,33	0,79	0,62
„ 12 „ 13 „	1,77	1,23	1,47	0,89	0,53	0,71	0,17	1,19	0,81
„ 13 „ 14 „	0,86	1,08	0,98	0,89	0,42	0,66	0,83	0,89	0,87
„ 14 „ 15 „	1,16	1,47	1,34	1,19	1,26	1,22	0,83	0,60	0,68
Über 0 bis 15 Tage	37,04	32,50	34,50	29,88	23,01	26,55	22,86	27,67	25,87
„ 15 „ 30 „	18,52	17,29	17,83	13,85	11,66	12,79	10,60	12,80	11,97
Über 0 bis 1 Monat	55,56	49,79	52,33	43,74	34,68	39,34	33,47	40,47	37,85
„ 1 „ 2 Monate	23,23	19,68	21,24	23,65	16,92	20,39	12,43	12,20	12,29
„ 2 „ 3 „	18,37	17,21	17,72	16,33	14,71	15,54	16,57	13,59	14,70
„ 3 „ 4 „	16,09	13,22	14,49	15,73	12,40	14,12	10,77	14,09	12,84
„ 4 „ 5 „	12,20	9,72	10,81	11,68	9,77	10,75	9,61	11,71	10,92
„ 5 „ 6 „	11,84	9,04	10,27	12,07	11,24	11,67	10,11	11,01	10,67
„ 6 „ 7 „	9,77	7,21	8,34	8,81	9,35	9,07	7,79	9,03	8,56
„ 7 „ 8 „	7,89	7,13	7,47	8,91	9,14	9,02	9,11	7,14	7,88
„ 8 „ 9 „	8,00	6,29	7,04	6,73	6,83	6,78	5,13	8,13	7,01
„ 9 „ 10 „	6,27	4,70	5,39	7,42	8,83	8,10	5,80	6,65	6,33
„ 10 „ 11 „	5,52	4,98	5,22	6,63	6,52	6,57	5,63	5,95	5,83
„ 11 „ 12 „	5,52	4,30	4,84	6,13	6,52	6,32	6,63	4,27	5,15
Über 0 bis 1 Jahr	180,24	153,26	165,15	167,82	146,91	157,68	133,04	144,23	140,04

Regierungsbezirke											
Lüneburg			Stade			Osnabrück			Aurich		
Stadt 66	Land 67	Zus. 68	Stadt 69	Land 70	Zus. 71	Stadt 72	Land 73	Zus. 84	Stadt 75	Land 76	Zus. 77
8,31	5,65	6,48	6,98	7,01	7,01	5,73	11,12	9,56	8,42	3,97	5,05
2,25	4,34	3,69	5,71	3,86	4,31	4,83	3,83	4,12	2,10	3,77	3,30
3,14	3,33	3,27	2,22	2,24	2,23	3,32	2,72	2,89	2,10	1,89	1,94
3,14	2,02	2,36	1,59	1,32	1,39	1,51	2,35	2,10	2,10	1,89	1,94
1,12	0,71	0,84	1,27	1,12	1,15	0,60	1,11	0,90	0,55	0,34	0,39
1,57	1,01	1,18	—	0,71	0,54	0,91	1,85	1,58	1,05	1,03	1,04
1,35	0,61	0,84	1,27	0,81	0,92	—	0,86	0,61	1,05	1,72	1,55
0,45	1,01	0,84	0,32	1,12	0,92	0,91	0,50	0,61	—	0,51	0,39
—	0,81	0,56	0,32	0,51	0,46	1,81	0,99	1,23	—	0,51	0,39
1,35	1,31	1,32	0,63	1,42	1,23	0,91	1,36	1,23	1,05	0,17	0,39
0,90	0,91	0,91	0,63	1,02	0,92	0,91	1,11	1,05	2,63	1,20	1,55
1,35	1,01	1,11	0,63	0,91	0,85	1,21	0,25	0,53	2,10	0,51	0,91
1,12	0,71	0,84	0,95	0,91	0,92	0,91	0,74	0,79	1,58	0,51	0,78
0,67	0,71	0,70	1,59	0,61	0,85	1,51	0,86	1,05	0,53	1,03	0,91
1,57	1,51	1,53	1,59	0,91	1,08	1,51	1,36	1,40	0,53	0,17	0,26
28,29	25,65	26,47	25,71	24,49	24,79	26,55	31,01	29,72	25,78	19,22	20,83
15,27	12,52	13,37	17,14	11,28	12,70	9,05	10,75	10,26	9,47	6,52	7,25
43,56	38,17	39,84	42,86	35,78	37,49	35,61	41,76	39,98	35,24	25,74	28,08
25,37	16,36	19,15	21,90	17,58	18,63	12,07	10,87	11,22	14,20	10,98	11,77
16,17	15,45	15,67	13,33	13,82	13,70	12,67	11,74	12,01	9,99	10,12	10,09
15,49	12,62	13,51	12,06	11,38	11,55	13,28	8,03	9,56	8,94	6,52	7,12
14,37	11,21	12,19	11,11	8,44	9,08	7,85	9,27	8,85	5,79	6,18	6,08
10,33	11,31	11,01	7,62	7,83	7,78	10,56	7,54	8,42	4,73	4,80	4,79
10,10	7,67	8,43	10,48	6,81	7,70	8,75	5,31	6,31	6,31	5,88	5,95
11,00	7,67	8,71	6,67	7,72	7,47	7,54	4,57	5,44	7,36	5,32	5,82
7,63	7,67	7,66	6,03	7,01	6,77	7,85	5,31	6,05	4,73	4,12	4,27
11,90	7,17	8,64	4,76	6,91	6,39	4,83	5,07	5,00	3,68	2,92	3,11
7,63	6,87	7,10	6,67	5,89	6,08	4,53	5,81	5,44	5,79	5,32	5,43
7,63	5,15	5,92	4,76	5,59	5,39	3,92	4,08	4,03	5,79	4,12	4,53
181,19	147,33	157,83	148,25	134,77	138,04	129,45	119,36	122,29	112,57	91,97	97,04

Gegenstand der Nachweisung									
	Münster			Minden			Arnsberg		
	Stadt 78	Land 79	Zus. 80	Stadt 81	Land 82	Zus. 83	Stadt 84	Land 85	Zus. 86
Von 1000 Lebend- geborenen starben im Alter von:									
Über 0 bis 1 Tag	14,14	17,60	16,53	8,07	11,42	10,39	12,85	12,22	12,53
„ 1 „ 2 Tage	4,94	5,33	5,21	4,90	3,40	3,86	5,87	4,65	5,24
„ 2 „ 3 „	2,91	2,69	2,75	3,32	2,60	2,84	3,32	2,74	3,02
„ 3 „ 4 „	1,83	1,86	1,86	3,17	1,73	2,18	1,38	1,90	1,65
„ 4 „ 5 „	0,68	0,56	0,60	1,15	1,08	1,07	1,76	1,07	1,41
„ 5 „ 6 „	1,07	1,04	1,05	0,72	0,96	0,89	0,74	0,77	0,76
„ 6 „ 7 „	0,48	1,04	0,87	0,72	1,03	0,93	0,83	0,98	0,91
„ 7 „ 8 „	0,48	1,08	0,90	0,87	0,58	0,67	0,95	0,57	0,76
„ 8 „ 9 „	0,87	0,87	0,87	0,43	0,90	0,75	0,62	0,70	0,66
„ 9 „ 10 „	0,29	0,65	0,54	0,72	0,26	0,40	0,86	0,79	0,83
„ 10 „ 11 „	0,39	0,91	0,75	0,72	0,83	0,80	0,64	0,68	0,66
„ 11 „ 12 „	0,68	0,87	0,81	0,87	0,83	0,84	0,88	0,75	0,81
„ 12 „ 13 „	1,36	0,35	0,66	0,87	0,58	0,67	1,05	0,63	0,84
„ 13 „ 14 „	1,26	1,43	1,38	0,72	0,77	0,75	0,88	0,88	0,88
„ 14 „ 15 „	0,78	1,00	0,93	0,29	0,77	0,62	0,91	0,86	0,88
Über 0 bis 15 Tage	32,16	37,27	35,69	27,54	27,71	27,65	33,56	30,21	31,84
„ 15 „ 80 „	12,30	10,88	11,32	7,93	10,07	9,41	10,80	8,91	9,83
Über 0 bis 1 Monat	44,47	48,15	47,01	35,47	37,78	37,06	44,36	39,12	41,67
„ 1 „ 2 Monate	15,50	15,99	15,84	14,71	11,29	12,34	15,22	12,11	13,62
„ 2 „ 3 „	16,66	14,69	15,30	10,67	13,47	12,61	13,78	11,57	12,65
„ 3 „ 4 „	16,57	11,10	12,79	9,95	11,03	10,70	12,69	11,18	11,92
„ 4 „ 5 „	14,73	10,92	12,10	7,21	8,08	7,81	11,78	10,39	11,07
„ 5 „ 6 „	12,79	8,97	10,15	7,79	7,44	7,55	10,78	9,64	10,19
„ 6 „ 7 „	10,75	9,32	9,76	7,06	6,54	6,70	9,25	8,37	8,80
„ 7 „ 8 „	9,98	8,66	8,65	7,93	5,96	6,57	8,20	7,19	7,68
„ 8 „ 9 „	9,49	7,71	8,26	4,90	5,52	5,33	8,44	7,10	7,75
„ 9 „ 10 „	7,56	7,71	7,67	4,18	4,55	4,44	6,73	6,12	6,42
„ 10 „ 11 „	5,04	5,68	5,48	4,47	4,04	4,17	6,01	5,62	5,81
„ 11 „ 12 „	6,39	6,15	6,23	4,18	4,62	4,48	5,34	5,21	5,28
Über 0 bis 1 Jahr	169,93	154,47	159,25	118,51	120,32	119,76	152,59	133,62	142,86

Regierungsbezirke

Kassel			Wiesbaden			Koblenz			Düsseldorf		
Stadt 87	Land 88	Zus. 89	Stadt 90	Land 91	Zus. 92	Stadt 93	Land 94	Zus. 95	Stadt 96	Land 97	Zus. 98
8,34	6,69	7,23	8,02	9,90	8,94	7,93	18,07	15,48	12,47	13,74	12,97
4,33	3,80	3,97	4,44	4,31	4,38	5,34	5,43	5,41	5,12	5,16	5,14
2,64	2,43	2,50	3,34	2,66	3,01	3,27	1,95	2,29	2,76	3,40	3,00
2,11	1,27	1,54	1,76	1,65	1,71	1,55	1,71	1,67	1,88	2,01	1,92
0,84	1,27	1,13	0,97	1,14	1,06	1,55	1,30	1,36	1,31	1,12	1,24
0,42	0,46	0,45	0,55	0,63	0,59	0,52	0,77	0,70	1,06	1,44	1,20
0,74	0,96	0,89	0,85	0,96	0,90	0,34	0,95	0,79	0,82	0,83	0,82
0,95	1,01	0,99	0,79	0,63	0,71	0,34	0,77	0,66	0,70	1,12	0,86
0,42	1,22	0,96	0,67	0,06	0,37	0,69	0,77	0,75	0,71	0,86	0,77
1,06	0,71	0,82	0,61	0,51	0,56	0,52	0,65	6,62	0,79	1,00	0,87
0,84	0,76	0,79	0,49	0,70	0,59	1,03	1,06	1,06	0,82	0,88	0,84
0,74	0,71	0,72	1,15	0,57	0,87	0,69	1,06	0,97	0,82	0,93	0,86
0,95	0,86	0,89	0,55	1,02	0,78	0,69	1,06	0,97	0,89	0,95	0,91
0,84	0,76	0,79	0,85	0,32	0,59	0,69	0,65	0,66	0,83	0,76	0,80
1,06	1,01	1,03	0,85	0,63	0,74	1,21	0,77	0,88	0,87	0,86	0,87
26,28	23,94	24,70	25,89	25,70	25,80	26,37	36,97	34,27	31,85	35,06	33,05
8,66	9,23	9,04	10,70	8,12	9,44	9,13	10,28	9,99	11,40	11,69	11,51
34,94	33,17	33,74	36,59	33,82	35,23	35,50	47,25	44,25	43,25	46,75	44,56
12,14	13,03	12,75	15,38	12,12	13,78	13,44	11,87	12,27	16,22	16,55	16,34
14,88	10,60	11,99	14,82	12,69	13,78	13,79	13,23	13,37	15,10	15,63	15,29
10,35	9,28	9,63	14,89	11,49	13,22	13,44	10,87	11,53	13,42	14,06	13,66
8,34	9,23	8,94	13,25	9,90	11,61	12,06	9,09	9,85	12,81	14,52	13,45
8,76	8,27	8,43	11,43	8,18	9,84	9,83	10,28	10,16	11,34	12,45	11,75
8,45	7,05	7,50	9,42	8,44	8,94	9,31	6,73	7,39	9,67	9,41	9,57
7,71	5,98	6,54	9,24	7,17	8,23	9,31	7,03	7,61	9,05	9,44	9,20
7,18	5,38	5,96	9,60	5,33	7,51	7,24	6,85	6,95	8,44	7,90	8,24
6,54	5,43	5,79	8,20	7,04	7,64	6,72	6,56	6,60	7,66	8,34	7,91
5,17	4,31	4,59	6,38	5,58	5,99	8,10	6,56	6,95	7,25	6,97	7,15
3,27	4,06	3,80	6,87	5,14	6,02	6,38	5,67	5,85	7,03	6,97	7,01
127,73	115,79	119,66	156,07	126,90	141,80	145,12	141,98	142,78	161,24	168,99	164,13

Gegenstand der Nachweisung	Regierungs-					
	Köln			Trier		
	Stadt 99	Land 100	Zus. 101	Stadt 102	Land 103	Zus. 104
Von 1000 Lebendgeborenen starben im Alter von:						
Über 0 bis 1 Tag	10,28	14,51	12,03	12,01	15,13	14,58
" 1 " 2 Tage	4,69	4,61	4,66	4,94	4,57	4,63
" 2 " 3 "	2,82	2,12	2,53	2,63	2,41	2,44
" 3 " 4 "	2,43	1,46	2,03	1,81	1,88	1,87
" 4 " 5 "	1,28	0,91	1,13	0,99	1,46	1,38
" 5 " 6 "	1,11	1,21	1,15	1,15	1,26	1,24
" 6 " 7 "	1,19	0,97	1,10	0,33	0,94	0,83
" 7 " 8 "	1,02	1,09	1,05	1,15	1,08	1,09
" 8 " 9 "	1,15	0,61	0,93	0,82	0,59	0,63
" 9 " 10 "	0,81	0,43	0,65	0,49	0,66	0,63
" 10 " 11 "	1,19	0,55	0,93	0,33	0,91	0,81
" 11 " 12 "	0,81	1,52	1,10	0,82	0,80	0,81
" 12 " 13 "	1,15	1,03	1,10	0,66	0,87	0,83
" 13 " 14 "	1,24	0,55	0,95	1,32	0,94	1,01
" 14 " 15 "	1,41	0,79	1,15	1,15	1,15	1,15
Über 0 bis 15 Tage	32,59	32,36	32,50	30,60	34,65	33,94
" 15 " 30 "	15,44	12,69	14,31	10,69	10,07	10,18
Über 0 bis 1 Monat	48,03	45,05	46,81	41,30	44,72	44,12
" 1 " 2 Monate	22,52	19,19	21,15	13,82	14,26	14,18
" 2 " 3 "	21,67	20,77	21,30	15,47	13,59	13,92
" 3 " 4 "	20,39	16,88	18,94	13,98	11,50	11,94
" 4 " 5 "	16,51	16,52	16,51	13,66	11,26	11,68
" 5 " 6 "	15,14	14,15	14,73	10,37	8,96	9,20
" 6 " 7 "	13,74	11,84	12,95	11,35	7,74	8,37
" 7 " 8 "	11,69	10,75	11,30	9,21	7,98	8,20
" 8 " 9 "	12,29	10,08	11,38	8,39	7,77	7,88
" 9 " 10 "	8,74	8,80	8,77	6,91	7,81	7,65
" 10 " 11 "	8,02	8,80	8,34	6,91	6,45	6,53
" 11 " 12 "	7,81	7,41	7,64	5,10	6,38	6,16
Über 0 bis 1 Jahr	206,55	190,24	199,82	156,47	148,42	149,83

bezirke						Staat		
Aschen			Sigmaringen					
Stadt 105	Land 106	Zus. 107	Stadt 108	Land 109	Zus. 110	Stadt 111	Land 112	Zus. 113
14,60	20,71	18,49	13,45	24,18	23,10	10,91	11,44	11,22
3,93	5,23	4,76	—	5,04	4,53	5,71	5,03	5,31
1,78	3,78	3,05	8,97	5,04	5,43	3,57	3,28	3,40
1,78	2,04	1,94	8,97	3,02	3,62	2,20	2,17	2,18
0,76	1,31	1,11	—	1,01	0,91	1,47	1,64	1,57
1,27	0,65	0,88	—	1,01	0,91	1,23	1,51	1,39
1,02	1,09	1,06	—	2,02	1,81	1,26	1,56	1,44
1,14	0,94	1,02	4,48	0,50	0,91	1,23	1,52	1,40
0,76	0,51	0,60	—	2,02	1,81	1,07	1,37	1,25
0,76	0,94	0,88	—	3,02	2,72	1,05	1,30	1,19
1,27	0,80	0,97	—	1,01	0,91	1,19	1,44	1,34
0,25	0,94	0,69	—	1,51	1,36	1,15	1,55	1,39
1,14	1,16	1,15	—	0,50	0,45	1,34	1,63	1,51
0,76	0,94	0,88	—	3,02	2,72	1,39	1,74	1,59
0,89	0,80	0,83	—	2,52	2,26	1,56	2,04	1,85
32,11	41,86	38,31	35,87	55,42	53,44	36,35	39,21	38,03
13,33	11,48	12,16	13,45	29,22	27,63	17,09	19,39	18,44
45,44	53,35	50,47	49,33	84,64	81,07	53,44	58,60	56,48
18,66	19,77	19,36	26,91	42,82	41,21	22,55	22,37	22,45
22,59	20,20	21,08	22,42	18,64	19,02	20,87	20,00	20,36
18,53	17,52	17,89	8,97	15,11	14,49	18,23	17,08	17,55
18,02	14,90	16,04	8,97	15,11	14,49	15,34	14,44	14,81
16,37	15,33	15,71	—	12,59	11,32	13,43	12,63	12,96
12,44	12,50	12,48	17,94	8,06	9,06	11,87	11,03	11,37
12,31	9,01	10,21	4,48	7,05	6,79	10,41	9,88	10,10
11,42	9,23	10,03	4,48	7,56	7,25	9,68	8,82	9,17
11,81	8,58	9,75	4,48	6,05	5,89	8,65	8,48	8,55
9,65	8,72	9,06	—	5,04	4,53	7,74	7,42	7,55
10,79	6,83	8,27	4,48	5,04	4,98	6,94	6,63	6,76
208,05	195,94	200,35	152,47	227,71	220,11	199,15	197,39	198,11

Tabelle VIII.

**Sterbefälle im Alter von 0—1 Jahr auf 100 Lebendgeborene
im Durchschnitt von 1903 bis 1905 in Berlin,
sowie in den wohlhabenderen westlichen und in den weniger wohlhabenden
östlichen Vororten¹⁾.**

Monat	Westliche Vororte	Sonstige Vororte	Berlin
Januar	15,14	17,88	17,47
Februar	12,90	16,19	16,59
März	13,60	19,42	16,46
April	13,85	17,01	16,15
Mai	13,73	20,00	16,29
Juni	14,32	22,11	18,53
Juli	20,99	40,43	26,42
August	28,15	58,95	40,90
September	21,10	32,09	24,30
Oktober	13,05	18,76	16,27
November	12,15	16,30	15,56
Dezember	13,77	20,47	16,30
Überhaupt	15,87	24,21	20,16

¹⁾ Von Prof. Dr. Silbergleit (Aprilheft der Veröffentlichungen des Statistischen Amtes der Stadt Schöneberg, Jahrgang 1906).

Tabelle X.

**Säuglingssterblichkeit in Berlin mit Rücksicht auf die Ernährung
in den Jahren 1900 und 1901.**

Monat	1900		1901	
	Mit Muttermilch ernährt	Mit Tiernmilch ernährt	Mit Muttermilch ernährt	Mit Tiernmilch ernährt
Januar	79	405	81	491
Februar	65	376	65	360
März	67	400	78	453
April	71	436	62	447
Mai	78	509	67	526
Juni	67	457	54	559
Juli	87	801	86	913
August	87	1286	76	1445
September	58	783	57	614
Oktober	71	375	64	401
November	74	393	67	350
Dezember	76	410	84	422
Summe	880	6631	841	6982

Tabelle IX.
Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre in den Orten Deutschlands mit über 15 000 Einwohnern
nach den einzelnen Monaten.
 [In 286 Orten Deutschlands mit über 15 000 Einwohnern (mehr als 30 Prozent aller Einwohner).]

Monat	Lebendgeborene auf 1000 Einwohner					Säuglingssterblichkeit auf 1000 Lebendgeborene					Gesamtsterblichkeit auf 1000 Lebende				
	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1902
Januar	34,1	33,6	34,4	35,3	34,0	33,9	32,5	16,9	17,1	16,7	16,4	16,4	17,4	15,9	20,1
Februar	36,5	36,2	36,5	36,2	35,9	35,1	34,8	16,8	17,2	16,0	18,0	18,0	16,4	15,4	20,6
März	36,5	35,9	36,4	35,9	34,8	35,6	33,3	18,0	18,2	16,7	18,2	18,2	17,0	16,4	21,2
April	34,8	34,9	35,2	35,4	34,3	34,4	32,7	17,9	17,8	18,0	17,7	17,7	17,4	16,6	20,3
Mai	34,7	34,4	34,8	35,0	33,2	33,2	31,7	17,9	17,2	18,1	18,2	18,2	18,3	17,8	20,4
Juni	34,8	34,9	34,5	33,9	33,7	33,0	31,6	24,2	22,7	19,8	21,5	21,5	21,4	18,9	21,7
Juli	35,0	34,6	34,9	34,9	34,5	34,3	31,5	30,1	36,6	22,3	35,7	35,7	36,0	19,9	23,0
August	34,6	34,5	35,6	35,4	33,8	33,7	31,5	31,9	44,4	39,8	44,5	44,5	43,0	22,9	22,6
September	36,2	35,9	35,8	35,4	34,4	33,9	32,1	21,6	24,7	38,8	29,5	29,5	21,7	25,5	18,8
Oktober	34,4	33,0	34,5	33,9	32,3	31,6	30,7	18,1	17,7	21,4	23,9	23,9	17,0	17,1	17,7
November	34,3	33,5	34,5	33,5	31,5	30,8	30,7	16,8	15,4	15,9	16,5	16,5	15,7	15,8	18,9
Dezember	35,4	33,5	34,1	34,1	31,9	31,4	31,8	17,1	15,9	16,6	17,4	17,4	16,3	28,1	19,7

Tabelle

Vergleichung der bei den Volkszählungen von 1885 bis 1905 in Berlin fest-

Zählung Geschlecht	Muttermilch						Ammenmilch					
	allein		mit Tiermilch event. auch sonstiger Nahrung		mit anderer Nahrung		allein		mit Tier- milch ev. auch sonstig. Nährg.		mit anderer Nähr- ung	
	absol. Zahl	Prom.-Anteil	absol. Zahl	Prom.-Anteil	absol. Zahl	Prom.-Anteil	absol. Zahl	Prom.-Anteil	absol. Zahl	Prom.-Anteil	absol. Zahl	Prom.-Anteil
1. Dezember 1905												
Knaben	6 245	312,7	731	36,6	116	5,8	109	5,5	9	0,5	3	0,2
Mädchen	6 107	311,5	714	36,4	101	5,2	111	5,7	6	0,3	2	0,1
Zusammen	12 352	312,1	1445	36,5	217	5,5	220	5,6	15	0,4	5	0,1
1. Dezember 1900												
Knaben	6 080	306,7	706	35,6	268	13,5	146	7,4	4	0,2	3	0,2
Mädchen	6 236	320,9	688	35,4	283	14,6	122	6,3	4	0,2	1	0,1
Zusammen	12 316	313,7	1394	35,5	551	14,0	268	6,8	8	0,2	4	0,1
2. Dezember 1895												
Knaben	7 921	426,1	344	18,5	137	7,4	286	15,4	13	0,7	4	0,2
Mädchen	8 176	436,6	322	17,2	136	7,3	250	13,3	4	0,2	—	—
Zusammen	16 097	431,4	666	17,8	273	7,3	536	14,4	17	0,5	4	0,1
1. Dezember 1890												
Knaben	9 979	502,0	294	14,8	39	2,0	495 ¹⁾	24,9	6	0,3	5	0,3
Mädchen	9 951	512,0	322	16,6	19	1,0	387 ²⁾	19,9	5	0,3	—	—
Zusammen	19 930	507,0	616	15,7	58	1,5	882 ²⁾	22,4	11	0,3	5	0,1
1. Dezember 1885 (In den Monat. Jan. bis Nov. 1885 geb. Kinder)												
Knaben	9 110	549,6	686	41,4	29	1,7	471	28,4	13	0,8	4	0,2
Mädchen	9 255	554,8	626	37,5	29	1,7	410	24,6	13	0,8	2	0,1
Zusammen	18 365	552,2	1312	39,4	58	1,7	881	26,5	26	0,8	6	0,2

¹⁾ Aufgestellt von dem Direktor des Statistischen Amtes der Stadt Berlin,²⁾ Darunter 1 Fall zugleich Muttermilch.

XI¹⁾.

gestellten Kinder im 1. Lebensjahre nach dem Geschlecht und der Ernährungsart.

Ernährt mit														Überhaupt	
Brustmilch (M. u. A. zusammen)						Tiermilch				Andere Ernährungsarten		Ernährungsart unbekannt			
allein		mit anderer Nahrung		überhaupt		allein		mit anderer Nahrung außer Brustmilch							
absol. Zahl	Prom.-Anteil	absol. Zahl	Prom.-Anteil	absol. Zahl	Prom.-Anteil	absol. Zahl	Prom.-Anteil	absol. Zahl	Prom.-Anteil	absol. Zahl	Prom.-Anteil	absol. Zahl	Prom.-Anteil	absol. Zahl	Prom.-Anteil
6 354	318,2	859	43,1	7 213	361,3	11 122	557,0	985	49,3	570	28,5	79	4,0	19 969	1000,0
6 218	317,2	823	42,0	7 041	359,2	10 965	559,4	953	48,6	595	30,4	48	2,5	19 602	1000,0
12 572	317,7	1682	42,5	14 254	360,2	22 087	558,2	1938	49,0	1165	29,5	127	3,2	39 571	1000,0
6 226	314,1	981	49,5	7 207	363,6	9 977	503,2	1203	60,7	714	36,0	725	36,6	19 826	1000,0
6 358	327,2	976	50,3	7 334	377,5	9 530	490,4	1095	56,3	726	37,4	748	38,5	19 433	1000,0
12 584	320,5	1957	49,8	14 541	370,3	19 507	496,9	2298	58,5	1440	36,7	1473	37,5	39 259	1000,0
8 207	441,5	498	26,8	8 705	468,3	8 444	454,3	1104	59,4	298	16,0	37	2,0	18 588	1000,0
8 426	449,9	462	24,7	8 888	474,6	8 474	452,5	1085	57,9	245	13,1	36	1,9	18 728	1000,0
16 633	445,8	960	25,7	17 593	471,5	16 918	453,4	2189	58,7	543	14,6	73	2,0	37 316	1000,0
10 474	526,9	344	17,4	10 818	544,3	8 443	424,8	160	8,0	449	22,6	7	0,4	19 877	1000,0
10 338	531,9	346	17,9	10 684	549,8	8 177	420,7	143	7,4	427	22,0	4	0,2	19 435	1000,0
20 812	529,4	690	17,6	21 502	547,0	16 620	422,8	303	7,7	876	22,3	11	0,3	39 312	1000,0
9 581	578,0	732	44,1	10 313	622,1	5 606	338,2	133	8,0	298	18,0	226	13,6	16 576	1000,0
9 665	579,4	670	40,1	10 335	619,5	5 674	340,1	141	8,5	278	16,7	255	15,3	16 683	1000,0
19 246	578,7	1402	42,1	20 648	620,8	11 280	339,2	274	8,2	576	17,3	481	14,5	33 259	1000,0

Professor Dr. Silbergleit.

Die allgemeine Fürsorge hat zunächst davon auszugehen, daß alle Maßnahmen zur Hebung des Gemeinwohles nur dann zur vollen Wirkung gelangen, wenn sie in der Bevölkerung das erforderliche Verständnis finden, wenn die breiten Schichten des Volkes über die Zweckmäßigkeit und die Absichten des Vorgehens ausreichend unterrichtet sind; deshalb muß sie in erster Linie die Belehrung der Bevölkerung anstreben. Diese Belehrung hat sich auf die Ernährung und Behandlung der Säuglinge zu erstrecken, da der Mangel an ausreichenden Kenntnissen in diesen Fragen die Hauptursache für die großen Schädigungen der Kinderwelt bildet. Die Belehrung erfolgt durch Merkblätter, Broschüren und sonstige Drucksachen aufklärenden Inhaltes, welche durch die Standesbeamten, Hebammen, Ärzte und andere beteiligte Personen verbreitet werden. In Preußen und in den meisten andern deutschen Bundesstaaten verteilen die Standesbeamten an jede Person, welche eine Lebendgeburt anmeldet, ein Merkblatt mit kurz gefaßten Anweisungen über die richtige Pflege und Ernährung der Kinder im ersten Lebensjahre. In einzelnen Kreisen werden durch die Standesbeamten auch kurz gefaßte Anweisungen über die Pflege der Mutter im Wochenbett und beim Stillgeschäft verteilt. Man hat dieser Belehrung durch Drucksachen jeden Wert absprechen wollen, da viele Frauen oder Familienangehörigen nicht in der Lage seien, den Inhalt der Merkblätter zu verstehen oder richtig auszulegen, abgesehen von solchen Frauen und Personen, welche überhaupt nicht lesen können. Die gedruckte Belehrung würde also unbeachtet bleiben oder infolge falscher Auslegung bzw. mangelnden Verständnisses ihren Zweck verfehlen. Es ist zuzugeben, daß derartige Drucksachen ohne mündliche Belehrung in vielen Fällen wertlos sind, es würde aber nicht richtig sein, wenn man deshalb das ganze System verwerfen wollte. Wenn von 100 Merkblättern nur eins mit Verständnis gelesen wird, so sind die unbedeutenden Kosten nicht umsonst gewesen. Außerdem zeigt das Beispiel Bayerns, wo seit 5 Jahren eine solche Verteilung von Merkblättern durch die Standesbeamten konsequent durchgeführt worden ist, und wo seitdem eine deutliche Abnahme der Gesamtsterblichkeit festzustellen ist, daß man diese Methode der Belehrung nicht unterschätzen soll.

Auf der andern Seite darf nicht außer acht gelassen werden, daß die mündliche Belehrung ungleich wirksamer und erfolg-

reicher ist. Sie kann nur von geeigneten Sachverständigen ausgehen; es kommen hier in erster Linie die Ärzte in Frage. Bei jeder Art ihrer Berufstätigkeit können sie als Lehrmeister der Bevölkerung wirken und richtige Ansichten über die Ernährung und Pflege der Kinder zu verbreiten suchen. Namentlich könnten die Impfärzte erfolgreich wirken, welche die öffentlichen oder privaten Impfungen abhalten und denen also nahezu sämtliche Kinder im ersten Lebensjahre beim Impfgeschäft vorgestellt werden. Es würde schon viel erreicht werden, wenn bei dem Impfgeschäft immer wieder eindringlich auf die Notwendigkeit der natürlichen Ernährung hingewiesen würde. In einzelnen deutschen Bundesstaaten ist bereits eine derartige Mitwirkung der Impfärzte bei der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit seitens der Behörden veranlaßt worden. Auch die beamteten Ärzte sollen alle Gelegenheiten wahrnehmen, um die Bevölkerung im Sinne einer guten Ernährung und Pflege der Säuglinge zu beeinflussen. Nicht minder wichtig für die Belehrung der Bevölkerung nach dieser Richtung hin sind die Hebammen, denen in den ersten 8 Tagen nach der Entbindung die Fürsorge für die Neugeborenen anvertraut ist. Später treten die Wochenpflegerinnen, Gemeindepflegerinnen oder die Aufsichtsdamen über die Haltekinder, die Pflegerinnen an den Fürsorgestellen, sowie das Personal der verschiedenen Versorgungsanstalten für obdachlose Mütter und Kinder hinzu.

(Schluß folgt.)

Das Fürsorgewesen für Säuglinge.

Von

Sanitätsrat Dr. Taube,

dirigierender Arzt der städtischen Kinderpflege und des Säuglingsheimes
zu Leipzig.

Als Fundament einer jeden Säuglingsfürsorge gilt der Satz: Die normale physiologische Entwicklung fordert nach der Geburt die mütterliche Ernährung für das Kind.

Mode und geschäftliche Tätigkeit drängen dieselbe zurück, und es begann eine Degeneration der Nährorgane einzutreten, welche die Säuglingssterblichkeit vermehrte. Es stehen sich 2 Ansichten ziemlich schroff gegenüber. Von der einen Seite wird die Annahme vertreten, daß beinahe jede Mutter imstande ist, ihr Kind zu nähren, während ein anderer Teil eine zunehmende Unfähigkeit des Selbststillens annimmt. Diese Frage kann nur durch eine weitgehende Vergleichung der Zeitdauer des Nährens beantwortet werden. Nach der Geburt sind sicher über 90 % der Mütter zum Nähren befähigt, ich fasse deshalb auch Degeneration nur als eine Schwäche, nicht als eine anatomische Veränderung der Nährorgane und des Gesamtorganismus auf, wie es z. B. bei den Zähnen der Fall ist. Daß wir hier mit einem Niedergang zu rechnen haben, ist anzunehmen. Sehr überzeugend ergibt es sich aus den vorzüglichen Angaben von Dr. Riehter des Wiener Findelhauses, früher dem Lande der größten Nährfähigkeit, in welchem $\frac{2}{3}$ der Ammen noch vor Ablauf des viermonatlichen Ammendienstes größtenteils wegen eingetretener Untauglichkeit entlassen wurden und nur $\frac{1}{6}$ der zum Ammendienst behaltenen Wöchnerinnen ihren viermonatlichen Ammendienst voll abgeleistet haben. In dem Leipziger Kinderheim mußten 25 % in den ersten beiden Monaten, 40 % im 3. und 4. Monat nachlassen, und nur 35 % konnten etwas länger stillen. Bei diesen Zahlen ist noch zu berücksichtigen, daß sich die Mütter unter günstigen Verhältnissen befanden, in denen keine Überarbeitung stattfand. Aus diesem Grunde sind die Zuchtammen und die Ammen zur Beurteilung dieser Frage nicht als maßgebend zu betrachten. Doch kann selbst hier

ein Rückgang beobachtet werden, da die Mehrzahl der Ammen nach einigen Monaten nicht imstande ist, dem Kinde an einer Brust die genügende Nahrung zu verabreichen, sondern beide Brüste bei jedem Trinken benutzen muß. In diesem Sommer konnte ich bei den in Leipzig verabreichten Stillprämien oft genau den Einfluß der Arbeit der Mütter beobachten, starkes Waschen z. B. hatte fast immer eine nur geringe Zunahme des Kindes zur Folge. Für das abgearbeitete Fabrikmädchen und Arbeiterfrau ist es deshalb nicht nur vom erwerblichen Standpunkte, sondern auch physisch zurzeit unmöglich, das Kind selbst voll zu ernähren. Daß hierdurch für die spätere Generation eine gewisse Schwächung der Nährorgane entstehen muß, ist ersichtlich. — Da aber glücklicherweise keine anatomischen Rückbildungsprozesse nachzuweisen sind, kann und muß Hilfe geschaffen werden. Wir können es freudig betonen, daß in den letzten Jahren eine Zunahme der mütterlichen Ernährung einzutreten beginnt. — Um diese immer mehr auszudehnen, muß der Hebel an 3 Stellen angesetzt werden:

1. Arbeitsverminderung der arbeitenden Frauen,
2. Kräftigung des Gesamtorganismus derselben,
3. Stärkung der Nährorgane.

Da ein großer Teil der Säuglinge die mütterliche Nahrung nicht erhält, ist eine genaue Statistik der Todesursachen, geordnet nach den Klassen der Bevölkerung, erforderlich. Wir besitzen wertvolle Arbeiten auf diesem Gebiete, z. B. unter den letzten die in diesem Jahre erschienene Arbeit von H. Langer über die Düsseldorfer Säuglingsmortalität und die vorzügliche Arbeit des statistischen Amtes in Amsterdam. Es ergibt sich daraus mit Sicherheit die große Zunahme der Sterblichkeit der Säuglinge von den günstig gestellten Familien zu den Armen, dann aber tritt noch eine plötzliche bedeutende Vermehrung bei den Unehelichen ein, so daß die Mortalität dieser Säuglinge die der ärmsten Arbeiterbevölkerung noch bedeutend überschreitet. Die Säuglingsfürsorge ist daher eine brennende Frage für die Armut. Die Bearbeitung dieses Teiles der Statistik ist aber immer noch nicht groß und eingehend genug, bedeutende Schwierigkeiten sind dabei zu überwinden. Es wäre z. B. wichtig, in jedem Jahresmonat das genaue Alter der gestorbenen Säuglinge festzustellen und zwar im 1. Monate nach Wochen, wie an einigen Orten geschieht. Da 25 % der Säuglinge im 1. Monate sterben und davon 50 % in der 1. Woche, so wird

durch gleichzeitige Berechnung der Geburten manche Aufklärung stattfinden, ein größerer Anstieg der Geburten in einem Monat muß die Sterblichkeit in demselben erhöhen. Vielleicht könnte auf diesem Wege die merkwürdige Steigerung der Frühjahrskurve mit erklärt werden. Unsere genaueren Leipziger Untersuchungen stellen mit Sicherheit fest, daß vom 6. Monate ein schnelles Absinken der Sterblichkeit stattfindet, trotz der verrufenen Zahnung beginnt die größere Widerstandskraft. Die bedeutendsten Gefahren bieten vom 2. Monate an die Darmerkrankungen. Die Säuglingsfürsorge muß deshalb außer der Erhöhung der Nährfähigkeit in 2 Richtungen vorgehen:

1. Versuch der Abminderung der hohen Sterblichkeit in dem 1. Monate und
2. energische Bekämpfung der Darmerkrankungen.

Der 1. Punkt ist sehr schwierig auszuschalten, da wir mit angeborenen Zuständen rechnen müssen. So wie ein Teil der Kinder totgeboren wird, so ergibt sich von selbst, daß ein noch größerer mit Lebensschwäche zur Welt kommt. Hierdurch erklärt sich von selbst die höhere Mortalität der Unehelichen, da die Totgeborenen der Illegitimen fast doppelt so zahlreich sind, als bei den Ehelichen. Tuberkulose, Syphilis und Konstitutionsanomalien sind es, welche derartige geschwächte Organismen hervorrufen. Welche furchtbare Verheerungen aber der Alkohol hervorrufen kann, beobachtete ich vor wenigen Wochen. In einer Großstadt fand ich die Kinder im allgemeinen gut entwickelt. Dagegen boten die Säuglinge eines kleinen Arbeiterdorfes ganz furchtbare Zustände. Trotz genügender Mutterbrust war ein großer Teil atrophisch, und ich werde nie den angstvollen Blick vergessen, durch den eine junge Mutter, welche ihr dem Tode verfallenes Kind auf dem Arme hielt, in meinen Augen lesen wollte, ob Hoffnung vorhanden sei. Die älteren Kinder waren zum Teil hochgradig anämisch und verblödet. Es war das Arbeiterdorf einer großen Spritfabrik. Dieser Fall zeigt aber, wie die Statistik mit örtlichen Verhältnissen zu rechnen hat, besonders auch mit der Art der Fabrikarbeit.

Ein Teil dieser im 1. Monat gestorbenen Kinder wird daher nicht zu retten sein, doch ist dieses sicher bei einem anderen Teile der Fall. Es kommt aber nicht allein darauf an, schwache und elend bleibende Kinder zum Schaden der Allgemeinheit zu erhalten,

sondern zugleich die Kraft derselben zu erhöhen. Brehmer zeigte zuerst, daß ein Mehraufwand für eine kräftige Nahrung des Säuglings ein Plus für das ganze Leben desselben darstelle. Dieses muß aber schon vor der Geburt angestrebt werden.

Vor allem wird auf eine genügende Ernährung, besonders auch der Männer, in den Arbeiterfamilien nicht das notwendige Gewicht gelegt. Die Kochkenntnisse der Frauen sind vollkommen ungenügend, ich habe es erlebt, daß eine Scheidung erfolgte, weil der Mann die fortdauernden Schokoladensuppen nicht mehr vertragen konnte. Die wenigsten Frauen besitzen die notwendige Erfahrung, für wenig Geld eine schmackhafte Kost herzustellen, welche den Anforderungen des Stoffwechsels entspricht. Sehr zu bedauern ist es, daß die Arbeiterbevölkerung noch von den selbst bereiteten, fast nichts kostenden Kochkisten so wenig Gebrauch macht, da hierdurch der arbeitenden Frau die größte Erleichterung verschafft wird. — Am ungünstigsten ist die Ernährung bei den unehelichen Schwangeren und Müttern, welche fast nur Kaffee, Brod und etwas Obst genießen. Zu beklagen ist die Indolenz der weiblichen Bevölkerung, da häufig Fabriksküchen nur durch die Nichtbenutzung wieder eingegangen sind. Es muß deshalb die Schule schon eine Grundlage für die spätere Lebenszeit geben. Die Zufuhr von Kalk und Eisen bei den schwangeren Frauen sollte mehr stattfinden, der Säugling muß von dem Anlagekapital, welches er mit erhält, länger zehren, und wächst bei der Mutter sicher die Abgabe mit der Zuführung, ich erinnere nur an das häufige Entkalken der Zähne bei der Laktation. Eine möglichst weitgehende Verkürzung der Arbeitszeit oder vollständige Ausschaltung der Frau aus dem anstrengenden Betrieb ist das Ideal, welches zu erstreben ist. Trotzdem müssen wir schon jetzt die Ausübung der Brustnahrung energisch fördern durch Schutz der Wöchnerin vermittelt Hauspflege, Verlängerung der Krankenkassenzeit, Fürsorge für verheiratete Frauen, städtische Wöchnerinnenheime, Zufluchtsstätten, Fürsorgestellen, Räume zum Nähren in den Fabriken. An dieser Stelle möchte ich vor allem die Aufmerksamkeit auf die überaus unglückliche Lage der Dienstmädchen richten. Wie ich schon vor 25 Jahren hervorhob, und es dann von anderer Seite, besonders auch Neumann bestätigt wurde, bilden dieselben den größten Prozentsatz der unehelichen Mütter, weil die wenigsten die Heimat aufsuchen können. Die

Ersparnisse sind bald aufgezehrt und sie stehen ganz mittellos da. Ein Zugrundegehen des Kindes ergibt sich dadurch von selbst. Gerade hier leistet die später zu erwähnende Leipziger Fürsorgeeinrichtung durch Überweisung an den Armenpfleger wertvolle Dienste. Die Stillprämien würden hier nur den einen Teil, den der nährenden Mütter, treffen, und ist es andererseits sehr zu überlegen, ob Stillprämien auf diese Weise verwendet werden sollen. Meines Erachtens sollte eine Vollunterstützung durch Stillprämien höchstens in der ersten Zeit bei einer mittellosen Mutter eintreten, dann ist es Pflicht der Armenbehörde, Abhilfe zu schaffen, durch die Stillprämie soll nur die Mutter in den Stand gesetzt werden, ihre Nahrungsverhältnisse so zu verbessern, wie es während der Laktationszeit der Fall sein muß. Deshalb ist das Verfahren mancher Gemeinden, den stillenden Müttern Naturalunterstützung zu verabreichen, sicher anzuerkennen und ermöglicht eine größere Ausdehnung der Unterstützung. In Leipzig wurden in diesem Jahre 19000 Mark für Stillprämien bewilligt und werden durchschnittlich 3 Mark Unterstützung für die ersten drei Monate verabreicht. Der indirekte Nutzen der Stillprämien ist dadurch wichtig, daß wir die Kinder unter ärztlicher Kontrolle behalten. — Während man so von allen Seiten bestrebt ist, die mütterliche Ernährung zu befördern, geschieht merkwürdigerweise wenig zur lokalen Kräftigung der Nährorgane. Die Entwicklung der Warze kann uns hier einen gewissen Anhalt bieten. Ich fand nun, daß die Papille der weiblichen Säuglinge dieselben Veränderungen zeigt, wie im erwachsenen Zustande, eingezogene, verstrichene, gefurchte Warzen. Bei 1044 weiblichen Säuglingen war bei 570 die Warze makellos, bei 240 war eine Warze, bei 300 beide Warzen fehlerhaft entwickelt. Um nun über die Weiterentwicklung unterrichtet zu sein, untersuchte ich die gleiche Anzahl Mädchen von 10—14 Jahren und fand annähernd die gleichen Verhältnisse. Bei 311 Knaben dagegen war bei 275 die Warze normal gebildet. Als Ursache konnte ich in einer Anzahl von Fällen Erblichkeit feststellen. Ferner war eine stärkere Fettentwicklung nachteilig, die Brust umwächst die Papille, welche bei den Neugeborenen dann in der Tiefe des kleinen Trichters kaum sichtbar ist. Bei schwachen Säuglingen kann man häufig mangelhafte Warzen, wahrscheinlich als Folge der allgemeinen Schwäche, des mangelnden Muskeltonus, beobachten, ebenso

bei überstandener Mastitis der Neugeborenen. Nach mehreren Versuchen zum Herausheben der Warze gelangte ich zu dem einfachen Mittel der Massage. Der Warzenhof wird mehrmals täglich, am besten in der Längsrichtung des *Musc. pectoralis major*, 10—20 mal auseinandergezogen, so tritt die Papille schon beim Säugling kräftiger hervor und erlangt bald die normale Beschaffenheit. Der Organismus greift hier selbst auf gleiche Weise fördernd ein, solange noch keine Fettansammlung in der Mamma besteht und die Papille mit der gering entwickelten Brustdrüse direkt auf dem Brustmuskel aufliegt, wird durch eine jede Bewegung, welche eine dieser Muskulatur auseinanderzieht, besonders Heben des Armes, das Hervortreten der Papille befördert. Aus diesem Grunde entsteht wahrscheinlich auch bei Knaben und muskulösen Mädchen, sowie Dienstmädchen und der landarbeitenden Bevölkerung die günstigere Entwicklung. Es sind deshalb die Hebammen von dieser angeborenen Anomalie und ihrer einfachen Heilung zu unterrichten und müssen dieselben die Mütter davon in Kenntnis setzen; später sind in den Turnstunden die Armbewegungen besonders zu berücksichtigen und alle Spiele, welche in dieser Beziehung günstig wirken, zu empfehlen. Dringend notwendig für unsere in den Fortbildungsschulen sitzende weibliche Bevölkerung ist eine kurze tägliche gymnastische Übung im Hause. — Mit dieser Erörterung will ich nicht im entferntesten behaupten, daß die nicht normalen Warzen unfähig für das Nähren seien, doch sind sicher der größte Teil der angeborenen stark abnormen Warzen diejenigen, welche später durch Entzündungen das Weiternähren verhindern, und andererseits ist uns eine kräftig normal gebildete Papille gleichzeitig ein Zeichen für eine günstig entwickelte Mamma, und wir wollen nicht hoffen, daß die eingezogene Papille von Prof. Klingers schlafendem Mädchen Modesache wird. Zugleich möchte ich aber darauf hinweisen, daß eine direkte lokale Kräftigung der Nährorgane nur im Säuglingsalter und dann erst später nach eingetretener Schwangerschaft stattfinden kann, denn man darf nie vergessen, daß eine Reizung der Mamma eine Erregung der Genitalsphäre mit sich bringt. Viel zu spät wird jetzt eine Kräftigung der Mamma bei eingetretener Schwangerschaft herbeizuführen gesucht, gegen Ende derselben empfiehlt die Hebamme höchstens etwas Rumeinreibungen. Auch durch Massage und bei sehr ungünstigen Warzen selbst Anwendung

von kleinen Schröpfköpfen kann ohne Nachteil Besserung gebracht werden. Hoffentlich erhöht diese einfache Methode die allgemeine Nährfähigkeit.

Die Darmerkrankungen bilden die Hauptursache der Säuglingssterblichkeit. Auch hier ist die Mortalität am stärksten bis zum 6. Monate und tritt dann eine bedeutende Abnahme ein. Es ist daher bis zum 6. Monate mit allen Kräften mütterliche Nahrung oder wenigstens Allaitement mixte zu erstreben. Eine Amme darf nicht vor Ende des 2. Monats ihr Kind verlassen, wünschenswert ist Mitnahme des Ammenkindes und Allaitement mixte. Bei nicht gestillten Kindern muß die Bevölkerung auf das energischste von der prämonitorischen Diarrhöe unterrichtet werden, denn eine allgemeine Berücksichtigung derselben, sofortiges Aussetzen der Milch, würde vielen Säuglingen das Leben retten.

Die Veränderungen der Kuhmilch sind Folgen der Hitze, welche ein durch die Sommerwärme widerstandsloses Kind treffen. Die Gemeinde muß die Gewinnung einer billigen, reinen Volksmilch ermöglichen, welche bis zum Konsumenten kühl gehalten werden muß. Wir verlangen nur das für die Milch, was bei dem Bier als selbstverständlich erachtet wird. Nur durch einfache Reinlichkeit und Kühlung kann eine bedeutende Besserung erzielt werden. Am schwierigsten sind die Nachteile im Hause beim Konsumenten auszuschalten, da hier nur die Selbsterkenntnis Hilfe bringen kann. Durch Ärzte, Fürsorgestellten, Hebammen und Unterricht in den letzten Schulklassen ist die Bevölkerung über die Behandlung der Milch zu unterrichten, und der Säugling und die Milch im Sommer vor Hitze zu schützen. — Bei den unehelichen Kindern in Leipzig konnte ich feststellen, daß in den heißen Dachlogis und nicht durch Gegenzug zu lüftenden Wohnungen des Westens eine größere Sterblichkeit stattfand, als in den kälteren, schlechteren Wohnungen der Altstadt, doch war das Säuglingsmaterial im Westen durch die Fabrikbevölkerung ein weniger gutes. Die strengsten Vorsichtsmaßregeln sind, wie jeder Arzt weiß, besonders bei den Temperaturabfällen im Sommer erforderlich, bei denen die Lufttemperatur schon abgekühlt, die Wohnräume noch überhitzt sind; zu dieser Zeit steigern sich die Anfälle von Darmerkrankungen. Auch hier würde eine allerdings schwierige Statistik wichtige Ergebnisse liefern können.

Den unehelichen Säuglingen muß wegen der hohen Sterb-

lichkeit und den ungünstigen Lebensbedingungen noch besondere Hilfe nach dem Leipziger Beispiele gebracht werden. Erforderlich ist eine allgemeine Beaufsichtigung aller Unehelichen sobald als möglich nach der Geburt, wo sie sich auch befinden mögen. Die beaufsichtigenden Organe müssen Ärzte und geschulte besoldete Aufsichtsdamen aus den gebildeten Kreisen sein. Wegen Versagen der Einzelvormundschaft, da die zu einem größeren Teile minderwertigen Mütter entweder keinen oder einen ungeeigneten Vormund erwählen, ist die behördliche, gesetzliche oder Generalvormundschaft erforderlich. — Es zerfällt dadurch das System in einen gesetzlichen vormundschaftlichen Teil, welcher die Alimente für die Mutter zu erlangen sucht. Es wurden dadurch in Leipzig nur durch die stattgefundenen Klagen im Jahre 1906 über 220 000 Mk. zugunsten der Kinder erlangt, und einem hygienischen Teil, die angestellten Ärzte und die besoldeten Aufsichtsdamen, jetzt 28, welche die Lebensbedingungen des Kindes im Hause zu verbessern suchen. Es wurden im Jahre 1906 über 9000 Kinder beaufsichtigt, darunter 2000 Säuglinge. — Durch die langjährige Beobachtung hat sich ergeben, daß nicht die bei Zieheltern untergebrachten Kinder die ungünstigsten Verhältnisse darbieten, sondern die bei der eigenen Mutter und Verwandten befindlichen Kinder. Eine Kontrolle ist hier um so notwendiger, weil ein großer Teil der unehelichen Mütter im Anfang zumeist mittellos, ohne die geringsten Kenntnisse über Kinderpflege, verlassen dasteht. Die Anmeldung der Kinder geschieht innerhalb von 3 Tagen durch die Hebammen, so daß eine baldige Aufsicht eintreten kann. Die gesundheitlichen Erfolge beruhen in der Erniedrigung der Sterbeziffer und den günstigeren Verhältnissen bei der Sommerdiarrhöe. Es sind in Leipzig an dieser Erkrankung weniger uneheliche als eheliche Säuglinge verstorben, durch die geförderte Milchkühlung, Reinhaltung der Trinkutensilien und Überwachung der Säuglinge. Außerdem scheint auch der Gesamtorganismus der Kinder sich immer mehr zu verbessern. Dieses wird auch aus anderen Städten, welche die gleiche strenge Kontrolle haben, bestätigt. — An der Spitze der hygienischen Abteilung muß ein auf diesem Gebiete erfahrener Arzt stehen, da fortdauernd neue Fragen sich bemerkbar machen. Ich weise z. B. auf den noch nirgends gerügten Transport von abgeschobenen Säuglingen hin, welcher jetzt fast nur durch Beamtenbeschluß stattfindet. Ich kann die unbegreiflichsten Fälle

mitteilen. Ein Säugling z. B. wurde durch einen Unterbeamten mit vollkommen ungenügender Nahrung nach Leipzig gebracht, ohne daß der Beamte Wohnung und Verhältnisse der Familie, in die das Kind kommen sollte, kannte. Im Winter sollte ein $\frac{1}{2}$ jähriger, sehr schwacher Säugling von Leipzig nach Rußland transportiert werden, und habe ich ein Jahr lang die Reise verhindert; da er jetzt kräftig genug ist, forderte ich in meinem Gutachten eine gebildete Pflegerin für den Transport¹⁾. — Es kommt den Behörden oft nur darauf an, sich der Kinder der Kosten wegen zu entledigen, ohne die Gesundheit derselben durch die ungünstigen Transportverhältnisse zu berücksichtigen, und muß deshalb streng gefordert werden, daß ohne ein ärztliches Gutachten keine Abschiebung erfolgen darf. — Durch die Heranziehung der Väter und Unterstützung der bedürftigsten Mütter sofort nach der Geburt, bildet zugleich das Leipziger System das einfachste Mutterschutzgesetz.

Die Resultate der Leipziger Fürsorgeeinrichtung für die unehelichen Kinder sind so ersichtlich, daß eine gleichmäßige Ausdehnung über das ganze Reich zu erstreben ist. Zu diesem Zwecke ist aber die Übertragung größerer Kompetenzen an die Gemeinden betreffend der Polizeigewalt, dringend notwendig, nur dann kann Einheit gebracht werden und die jetzige Zersplitterung, bei welcher Haltekinder die verschiedenartigste Beurteilung erfahren, wegfallen. Immer mehr Gemeinden entschließen sich, dieses System anzunehmen. Schon zahlreiche Ergebnisse liegen vor und ist zur Prüfung der Befunde, besonders wegen der Verschiedenheit der Gebiete, eine Reichszentralstelle wünschenswert.

Ich habe versucht, aus dem Leben heraus einige Forderungen der Säuglingsfürsorge hervorzuheben. Es ist aber unvermeidlich, daß diesen Bestrebungen stets ein gewisser Schematismus anhaftet, welcher einen Teil unserer Erfolge vermindert. Denn der Säugling besitzt etwas, was ihn über jede Gleichmäßigkeit erhebt, seine Individualität. — Diese zu erkennen und zu behandeln gibt es nur ein Mittel, welches sich als Grundforderung durch mein Referat zieht, nicht nur die mütterliche Nahrung, sondern auch die wahre mütterliche Pflege.

¹⁾ Unsere auf diesem Gebiete sehr fürsorgende Behörde hat aber bis heute das Verbleiben des Kindes ermöglicht.

Hebung des Hebammenstandes durch Fortbildung in der Säuglingshygiene.

Von

Elsbeth Krukenberg.

Die Ausbildung der Hebammen in der Säuglingshygiene ist zurzeit unzureichend, obwohl die Hebammen für weite Schichten des Volkes die geeignetsten Beraterinnen in der Säuglingspflege sein könnten.

Daß man sie als solche noch nicht genügend anerkennt und ausbildet, liegt zum Teil an der Befürchtung der Ärzte, die Hebammen könnten durch solche Erweiterung ihrer Kenntnisse, die naturgemäß doch nur beschränkte bleiben können, zur Kurpfuscherei verführt werden. Zum Teil aber liegt das Fehlen umfassenderer Ausbildung auch auf dem Gebiete der Säuglingshygiene an dem unzureichenden Hebammenmaterial, mit dem jetzt noch vielfach gearbeitet werden muß. Sind die Fähigkeiten vieler Hebammen kaum ausreichend, auch nur den Hebammenkursus wirklich erfolgreich durchzumachen, so würde für solche wenig bildungsfähige Persönlichkeiten erweiterte Ausbildung auch noch nach der Seite der Säuglingshygiene nicht empfehlenswert sein. Reformen im Hebammenstande müssen vorangehen, wenn die Hebammen in größerer Zahl für eine richtige Säuglingsernährung und Säuglingspflege im Volke wirksam sein sollen. Daß das von größter Bedeutung wäre für die Hebung der Volksgesundheit und Verminderung der Säuglingssterblichkeit, liegt auf der Hand. Aber nur eine beschränkte Zahl der jetzt praktizierenden Hebammen würden solche erweiterte Pflichten zu übernehmen imstande sein. Am meisten fehlt es an geeigneten Persönlichkeiten gerade da, wo ihr Wirken am notwendigsten wäre, auf dem Lande.

Aber es ist nicht Schuld der Hebammen, wenn ihr Stand sich zum Teil in durchaus unzureichender Weise rekrutiert. Solange es vorkommt, daß Gemeinden mit der billigsten Hebammenaspirantin, die womöglich die Ausbildungskosten noch selbst übernehmen muß, die aus mangelnder Einsicht mit unzureichendster Besoldung sich

zufrieden erklärt, einen der guten Sitte eigentlich geradezu hohnsprechenden Kontrakt abschließen dürfen, solange der Staat solch minderwertige Fürsorge für die Wöchnerinnen duldet, werden besonders bäuerliche Gemeinden immer der am wenigsten fordernden Hebammenaspirantin den Vorzug geben. Daß ländliche Nebenarbeit, wie sie bei vollständig mangelhafter Bezahlung häufig zur Notwendigkeit wird, im höchsten Grade gefährlich ist für Wöchnerin und Kind, wird man auf dem Lande nie einsehen. Abhilfe kann hier nur staatliche Regelung der Gehälter der Bezirkshebammen bringen, denen auch eine ausreichend zu bemessene Pension zugebilligt werden muß unter Verbot jeder die Berufstätigkeit schädigenden Nebenbeschäftigung. Bei Auswahl der Hebammenschülerinnen muß der Arzt nicht nur ausreichende Schulbildung, sondern vor allem auch Charaktertüchtigkeit, Bildungsfähigkeit und Neigung zum Berufe fordern. Daß eine Gemeinde, wie es tatsächlich vorkommt, eine wenn auch wenig geeignete Frau, die ihr sonst als Arme zur Last fällt, als besonders wohlfeile Kraft ausbilden läßt, ist ein der Bedeutung der Hebammentätigkeit nicht gerecht werdender Zustand. Die Tätigkeit dieser Frauen auch noch nach der Seite der Säuglingshygiene ausbauen zu wollen, würde noch unzuträglichere Zustände im Gefolge haben.

Der Wert guten Menschenmaterials wird im Volke, besonders auf dem Lande, nur selten richtig erkannt. Der Staat sucht allerdings, soweit die Geburtshilfe in Betracht kommt, durch Reform der Hebammenbildung seit Jahren bessernd einzuwirken. Aber er sorgt, obwohl er die Anforderungen an das Lernen der Hebammen immer mehr vergrößert und ihre Überwachung immer straffer handhabt, doch nicht in ausreichendem Maße für Durchführbarkeit seiner Forderungen. Denn er tritt uneinsichtigen Gemeinden gegenüber nicht für eine gleichmäßig zu regelnde Besoldung der Hebammen ein und läßt vielfach, man muß das immer wiederholen, noch Hebammenschülerinnen zur Ausbildung zu, die durchaus unzureichende Befähigung haben. Und während er auf anderen Gebieten zu Staatszuschüssen an arme Gemeinden gern und häufig bereit ist, ist von Staatszuschuß an zahlungsunfähige Bezirke behufs einheitlicher Durchführung einer Bezirkshebammenbesoldung nicht die Rede.

Diese pekuniär ungeordneten Zustände im Hebammenberuf halten viele tüchtige Elemente dem Hebammenberuf fern. Soll

die Hebamme aber ihre Pflicht voll erfüllen und soll sie noch über das Wochenbett hinaus Beraterin auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge werden, so müssen gerade die tüchtigen Elemente im Hebammenstande immer mehr zunehmen.

Außer dem Staat, der durch Gehalts- und Pensionsregelung eintreten kann, können auch die Hebammen selbst manches zur Hebung ihres Standes beitragen. Es besteht bei uns eine große, hervorragend gut geleitete deutsche Hebammenorganisation. Sie kann ihren Zweigvereinen Ausschluß aller den Stand schädigenden Elemente zur Pflicht machen, kann, wie sie es ja auch schon in bemerkenswerter Weise tut, für Förderung der wirtschaftlichen und sonstigen Berufsinteressen der Hebammen und für vertiefte Berufsbildung eintreten. Sie kann über den Stand der Hebammenbesoldung, über Mißstände im Ausbildungswesen und Mißstände, die während der Berufsübung hervortreten, zuverlässiges Material sammeln und nicht nur die Behörden, sondern auch die öffentliche Meinung für Hebung ihres Standes interessieren.

Das letztere, die Gewinnung der öffentlichen Meinung, ist von besonderer Bedeutung. Über keinen Beruf herrschen im Publikum, zum wenigsten in den gebildeten Kreisen, solche Vorurteile, wie über den Hebammenberuf. Es ist wohl, neben den Mißständen im Beruf, der in den Kreisen der gebildeten Frauen vielfach herrschenden Prüderie zuzuschreiben, daß man den für das Volkswohl wichtigsten Stand der Hebammen so niedrig wertet, seiner Bedeutung verständnislos gegenübersteht, daß man es vielfach z. B. geradezu für unmöglich erklärt, daß eine Frau von besserer Herkunft Hebamme wird. Eine solche Frau ist gesellschaftlich degradiert. Frauenvereine aller Art — vaterländische Frauenvereine, Frauenhilfe, Rotes Kreuz, Frauenbewegungsvereine u. dgl. m. — können hier Abhilfe schaffen, können sorgen, daß die den Hebammenstand herabsetzenden gesellschaftlichen Vorurteile sich vermindern, daß der Beruf durch Eintreten gebildeter Elemente auch in sozialer Beziehung gehoben wird, wie das in gleicher Weise durch Eintreten gebildeter Frauen im Krankenpflegeberuf der Fall gewesen ist, der einst auch ein verachteter war.

Die Tüchtigkeit vieler jetzt praktizierenden Hebammen soll aber keineswegs herabgesetzt werden und die Möglichkeit, diese Frauen auch zu Beraterinnen auf dem Gebiete der Säuglingshygiene auszubilden, ist unbedingt zuzugeben. Doch muß ihr Wirken ein

nur vorbeugendes bleiben, darf nicht zu Kurpfuscherei ausarten. Es steht zu erwarten, daß in einer Zeit, in der man den Wert der Säuglingsfürsorge erkannt hat, auch dem Hebammenstande immer mehr Interesse und Aufmerksamkeit zugewandt werden wird. Die Bedeutung tüchtigen Hebammenmaterials für Gesundheit und Wehrkraft des Volkes wird doppelt empfunden werden, wenn man die Ausbildung der Hebamme auch auf das Gebiet der Säuglingspflege ausdehnt. Den Hebammenstand in bezug auf wirtschaftliche und soziale Bewertung zu heben, ihm immer tüchtigere Kräfte zuzuführen, wird dann doppelt notwendig erscheinen und unerläßliche Reformen werden, so steht zu hoffen, dann doppelt energisch in Angriff genommen werden.

Schlußsätze.

1. Die Ausbildung der Hebammen auf dem Gebiete der Säuglingspflege ist zurzeit unzureichend.
2. Um sie zu vertiefen, müßten
 - a) die Wöchnerinnen mit Kindern längere Zeit in den Lehranstalten bleiben können,
 - b) die Hebammen auch in Säuglingsasylen, besonders auch in der Pflege erkrankter Säuglinge, ausgebildet werden,
 - c) Wiederholungs- und Fortbildungskurse auch für diesen Zweig der Hebammentätigkeit eingeführt werden.
3. Erweiterung des Arbeitsfeldes der Hebammen in der Richtung der Säuglingspflege läßt sich nur fordern, wenn
 - a) die Auswahl der Hebammenschülerinnen nach immer strengeren Gesichtspunkten vor sich geht (nicht nur ausreichende Schulbildung, sondern Charaktertüchtigkeit, Bildungsfähigkeit und Neigung zum Berufe müssen gefordert werden);
 - b) für Sicherung der pekuniären Lage der Hebammen gesorgt wird. (Anstellung von Bezirkshebammen mit einheitlich zu regelndem auskömmlichem Gehalt und ausreichend zu bemessender Pension; Erstattung der Unkosten und Entschädigung für ausfallende Einnahmen während der obligatorisch zu gestaltenden Fortbildungskurse);
 - c) der Hebammenstand auch in sozialer Beziehung seiner Bedeutung entsprechend bewertet wird.

4. Für Hebung des Hebammenstandes kommen drei Faktoren in Betracht:
 - a) Die Behörden, die den Hebammen nicht nur neue Verpflichtungen auflegen dürfen, sondern auch für die Durchführbarkeit ihrer Forderungen Sorge tragen müssen;
 - b) die Hebammen selbst, die in ihren Vereinen nicht nur für Förderung ihrer wirtschaftlichen und Berufsinteressen, sondern insbesondere auch für strengen Ausschluß aller ihren Stand schädigenden Elemente eintreten müssen;
 - c) die Frauenvereine (Vaterländischer Frauenverein, Rotes Kreuz, Frauenbewegungsvereine), die gegenüber der herrschenden Prüderie und dem den Hebammenstand herabsetzenden gesellschaftlichen Vorurteile einer gerechteren Einschätzung dieses Standes auch in sozialer Beziehung den Weg bahnen müssen.
 5. Ausbildung in der Säuglingspflege würde die große Bedeutung des Hebammenstandes für Gesundheit und Wehrkraft unseres Volkes allen maßgebenden Faktoren zu erhöhtem Bewußtsein bringen und daher auf Hebung des Standes in bezug auf wirtschaftliche und soziale Bewertung gute Wirkung ausüben.
-

Referate.

Neumann, H., Dr. Einfluß des Geburtsmonats auf die Lebensaussicht im ersten Lebensjahr.

Die Lebensaussicht für das erste Lebensjahr unterliegt nach dem Geburtsmonat gewissen Schwankungen. Sie sind nicht sehr erheblich und gingen in Berlin in den Jahren 1900—1902 bis 14 % über und bis 9 % unter das Mittel. Es haben die etwa im Februar bis Juli Lebendgeborenen eine höhere Sterblichkeit als die etwa im August bis Januar Geborenen. Die Berücksichtigung der einzelnen Todesursachen zeigt als wichtigsten Faktor die Darmkrankheiten, bei denen sich die funktionelle Insuffizienz der ersten Lebensmonate mit dem ungünstigen Einfluß der Sommerhitze kombiniert. Nicht nur die Höhe des sommerlichen Gipfels, sondern auch die Dauer der Erhebung durch diese Todesfälle bestimmt ihren Einfluß auf die Sterblichkeit. Es steht infolgedessen die Jahressterblichkeit der im Februar bis Juli geborenen — ebenso wie bei der Gesamtsterblichkeit — über dem Mittel.

Eine geringere Bedeutung haben die tödlichen Erkrankungen der Luftwege; hier steht die Sterblichkeit der vom April bis September Geborenen über dem Mittel.

Von dem Rest der Todesfälle fällt ein erheblicher Teil auf die angeborene Lebensschwäche; die Schwankungen um das Mittel sind hier allerdings nicht sehr groß; im Gegensatz zu den andern Gruppen haben hier die im Mai bis Oktober Geborenen eine Säuglingssterblichkeit, die unter dem Mittel bleibt.

Der Rest der Todesfälle wird zum Teil durch die Rachitis und die tetanoide Übererregbarkeit direkt oder indirekt beeinflusst. Ebenso wie die tetanoiden Krämpfe vor allem die etwa vom Mai bis Dezember Geborenen (von ihrem 4. bis 5. Lebensmonat an) töten, bewegt sich die ganze Sterblichkeit dieses Restes in dem gleichen Sinne. Da diese Restgruppe nicht unbedeutend ist, so vermischt sie etwas die durch die Darmkatarrhe gegebenen Gegensätze in der Jahressterblichkeit verschiedener Geburtsmonatsgruppen.

Insofern die Rachitis und die Krämpfe ebenso wie die Darmkrankheiten als Todesursache wesentlich künstlich genährte Kinder betreffen, so steht die nach den Geburtsmonaten wechselnde Lebensaussicht wesentlich unter dem Einfluß der künstlichen Ernährung.

Am 15. Dezember l. J. findet zu Frankfurt a. M. eine

Versammlung der Vereinigung südwestdeutscher Kinderärzte

statt. Anfragen, Anmeldung von Vorträgen u. a. bitte bis 8. p. m. zu richten an A. Cahen-Brach, Schriftführer, Frankfurt a. M., Eppsteinerstraße 45.

Zeitschrift für Säuglingsfürsorge

Band 2

1908

Nr. 2

Das Fürsorgewesen für Säuglinge.

Von

Geh. Ober-Medizinalrat Dr. E. Dietrich-Berlin¹⁾.

(Schluß.)

Immer aber ist eine unerläßliche Voraussetzung für die Volksbelehrung durch sachverständige Personen, daß diese Personen selbst in ausreichender und richtiger Weise belehrt und unterrichtet worden sind. Zurzeit haben zahlreiche Ärzte nicht die wünschenswerte Vorbildung in der Kinderheilkunde genossen und daher auch nicht die nötigen Kenntnisse. So lange dieser Zustand herrscht, so lange werden alle Bemühungen zur Herabsetzung der hohen Säuglingssterblichkeit nur geringe Erfolge erzielen, ohne eine richtige und werktätige Mithilfe der Ärzte ist nicht viel zu erreichen. Die wichtigste Maßnahme ist deshalb, den Unterricht in der Kinderheilkunde auf den Universitäten oder an den Fortbildungsinstituten für Ärzte entsprechend auszugestalten. Die Begründung besonderer Universitätskinderkliniken unter Berufung geeigneter Pädiater ist eine unabweisbare Forderung der medizinischen Wissenschaft und der sozialen Hygiene, mit deren Erfüllung die Staatsregierung einen mächtigen Bundesgenossen im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit erhalten würde. Auch darf ich hier die beachtenswerte Forderung eines französischen Forschers, Suarez de Mendozas, anführen, daß jeder Kandidat der Medizin für die Zulassung zur ärztlichen Prüfung eine Bescheinigung darüber beibringen müsse, daß er eine bestimmte Zeit in einer Säuglingsberatungsstelle praktisch tätig gewesen ist.

Aber der gute medizinisch-technische Unterricht allein tut es auch nicht, es muß in den Ärzten zugleich die Überzeugung Platz greifen, daß es eine ihrer schönsten Pflichten ist, die Lösung der großen sozialhygienischen Fragen zu fördern und daß kein Stand dazu so geeignet erscheint wie der ärztliche Stand. Die besondere Aufgabe des Arztes in sozialhygienischem Sinne ist es, an der Belehrung der Bevölkerung in bezug auf die Gesundheit, und im speziellen auch bezüglich der richtigen Ernährung und Pflege der Säuglinge fortgesetzt und bei allen sich ihnen bietenden Gelegenheiten ihres Berufes mitzuarbeiten.

Den beamteten Ärzten liegt es ob, die ihnen unterstellten Hebammen, Pflegepersonen und das sonstige Hilfspersonal der Ärzte fortgesetzt zur Belehrung der Bevölkerung im Sinne der Förderung des Stillgeschäfts und der richtigen Behandlung der Kindermilch anzuhalten, auch selbst in der Presse oder auf andere ihnen geeignet erscheinende Weise nach dieser Richtung zu wirken. Die zurzeit übliche Ausbildung der Hebammen ermöglicht es ihnen nicht, ältere Säuglinge zu beobachten und in ihrem Gedeihen zu verfolgen, es ist deshalb anzustreben, daß die Hebammen in der Säuglingspflege nicht nur theoretisch ausreichend unterrichtet werden, sondern auch an älteren Säuglingen praktische Unterweisungen erhalten und daß zu diesem Zweck die Wöchnerinnen mit ihren Kindern in den Hebammenlehranstalten länger als bisher verpflegt und zum Gegenstand der belehrenden Demonstration gemacht werden, wie dies der preußische Medizinalminister bereits durch den Erlaß vom 6. Dezember 1906 angeregt hat. Daß die Ausbildung von besonderen Säuglingspflegerinnen immer notwendiger wird, ist bekannt. Aber auch die Gemeindepflegerinnen und Wochenpflegerinnen, sowie diejenigen Personen, welche die Haltekinder zu beaufsichtigen haben, bedürfen einer guten Durchbildung in der Ernährung und Pflege der Kinder im zartesten Alter, damit sie selbst Lehrmeisterinnen sein können. Die Erfahrungen, welche man mit gut unterrichteten Aufsichtsdamen für die Haltekinder in einzelnen Städten, z. B. in Berlin, Breslau und Leipzig, gemacht hat, sind sehr gute. Die Sterblichkeit der unehelichen, in Pflege untergebrachten und durch Aufsichtsdamen kontrollierten Säuglinge ist niedriger als diejenige der ehelichen, aber nicht beaufsichtigten Kinder. Nur muß man diese Damen mit auskömmlichem Gehalt und nicht etwa ehrenamtlich anstellen.

In zahlreichen Kreisen Preußens und in anderen Bundesstaaten hat man mit Hilfe von Wohlfahrtsvereinen, so mit Hilfe des Deutschen Vereins für Volkshygiene und des Vaterländischen Frauenvereins öffentliche Vorträge durch geeignete Sachverständige halten lassen, welche richtige Anschauungen über die Lebensbedingungen der Säuglinge verbreiten sollen und beim Publikum, insbesondere auch bei den einfachen Volksschichten, eine gute Aufnahme gefunden haben. Noch wirksamer sind derartige Vorträge, wenn sie mit öffentlichen Darstellungen verbunden werden, um auch durch die Anschauung auf die Bevölkerung zu

wirken. Ich erinnere an den Erfolg, den die im März 1906 in Berlin stattgehabte Ausstellung für Säuglingspflege hatte und welche den besten Beweis dafür erbracht hat, daß die Vereinigung der Belehrung durch die Anschauung mit der mündlichen Unterweisung durch gemeinverständliche Vorträge besonders geeignet ist, die notwendige Kenntnis von der richtigen Versorgung der Säuglinge in den weitesten Kreisen des Volkes zu verbreiten.

Es darf schließlich nicht außer acht gelassen werden, daß auch diejenigen Stellen, welche am meisten geeignet und bestimmt sind, das Volk zu belehren, nämlich die Schulen, zur Aufklärung der Bevölkerung nach dieser Richtung hin herangezogen werden können. In der obersten Klasse der Mädchenschulen finden schon jetzt in einzelnen deutschen Städten entsprechende sorgfältig ausgesuchte und vorbereitete Unterweisungen über die Pflege und Ernährung der kleinen Kinder bei Gelegenheit des hauswirtschaftlichen Unterrichtes statt. Auch empfiehlt es sich, besondere Lehrkurse oder Vorträge in Jungfrauen- oder Arbeiterinnenvereinen, Volksküchen, Fabrikheimen oder Fabrikrippen über die in Rede stehenden Fragen zu veranstalten. Erziehen wir die Frauen mehr als bisher zum Dienste an den Frauen und Kindern, zur sachverständigen Mitarbeit an der Geburts-, Wochenbetts- und Säuglingshygiene, so werden wir unseren Bemühungen auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge einen guten Erfolg sichern.

Neben der Belehrung der Bevölkerung sind die praktischen Maßnahmen der öffentlichen Säuglingsfürsorge unerläßlich. Sie haben davon auszugehen, daß die Sterblichkeit der Kinder in den ersten Wochen des Lebens und hier wiederum bei den künstlich ernährten Kindern am größten ist, und sich daher in erster Linie auf die Förderung der Geburts- und Wochenbetts-hygiene und auf die allgemeine Wiedereinführung des Stillgeschäftes zu erstrecken. Die Erfahrung zeigt, daß bei normalem Befinden der Wöchnerin das Kind in 90% der Fälle und darüber von der Mutter gestillt werden kann, wenn nur das Stillgeschäft mit Ausdauer, Geduld und Einsicht eingeleitet wird. Das gute Befinden der Mutter ist ein sehr wichtiger Faktor in dem Leben des Säuglings, mit der Mutter wird zugleich die beste Pflegerin und Nahrungsquelle des Kindes geschützt.

Die Verbesserung der Ausbildung und der materiellen Lage der Hebammen, deren Bedeutung für die Geburtshygiene allge-

mein anerkannt ist, müßte hier besonders betont werden. Bei dem dritten Verhandlungsgegenstand unserer Sektion wird sich Gelegenheit finden, auf diese Frage näher einzugehen. Nach Lage der Verhältnisse sind die Hebammen in den meisten Geburtsfällen nicht imstande, während des ganzen Wochenbettes die Fürsorge für Mutter und Kind zu übernehmen, deshalb sind zu gleicher Zeit auch Wochenpflegerinnen auszubilden, denen es obliegt, die Wöchnerinnen und ihre Kinder täglich 1—2 mal zu besuchen, zu beraten und mit den wichtigeren Handreichungen der Wochen- bzw. Kinderpflege zu versehen. Wo es nötig ist, sind Bezirkswochenpflegerinnen von den Gemeinden oder Gemeindeverbänden in derselben Weise anzustellen wie jetzt die Bezirkshebammen. Für die weniger bemittelte Bevölkerung sind Gemeindewochenpflegestationen einzurichten, in denen Wochenpflegekörbe mit den nötigsten Gebrauchsgegenständen für das Wochenbett, erforderlichenfalls auch mit Wäsche und mit Kleidungsstücken zum Ausleihen an bedürftige Wöchnerinnen bereit gehalten werden.

Allein auch die sorgfältigste Wochenpflege wird den gewünschten Erfolg für Mutter und Kind nicht haben können, wenn die Wöchnerin gezwungen ist, die für ihre Genesung, die Rückbildung der für den Geburtsakt wichtigen Organe und die günstige Entwicklung des Stillgeschäftes dringend nötige Ruhe- und Erholungszeit frühzeitig zu unterbrechen und sich den körperlichen Anstrengungen der Hausarbeit hinzugeben. Man sucht dem vorzubeugen durch die Bestellung von Hauspflegerinnen, welche, ausgewählt aus dem Kreise einfacher, wirtschaftlich tüchtiger Frauen, während des Wochenbettes die Hausarbeit der Mutter übernehmen und dazu eine geeignete Unterweisung genossen haben. Sie werden am besten von Aufsichtsdamen oder von den Gemeindepflegerinnen überwacht und ebenso wie diese von den Gemeinden oder Bezirken angestellt.

Da, wo die häußlichen Verhältnisse die Geburts- und Wochenbettshygiene erschweren oder unmöglich machen, ist es von der größten Bedeutung für das Werden und Gedeihen des Kindes, die Fürsorge für die Mutter in besonderen Anstalten bereit zu halten. In Frankreich ist man daran gewöhnt, die Frauen der weniger bemittelten Bevölkerungsklassen, aber auch diejenigen aus den besseren Gesellschaftskreisen in Entbindungsanstalten zu entbinden.

Wenn ich auch im allgemeinen die gute Sitte gewahrt wissen möchte, daß sich die Geburt eines Kindes, dieses wichtige Ereignis im Verlauf der Ehe und im Dasein der Familie, da wo es die Verhältnisse nur irgend gestatten, in der Familie selbst vollzieht, so darf dieser Grundsatz doch nicht so weit festgehalten werden, daß Leben und Gesundheit von Mutter und Kind bedroht wird. Es sollten daher in allen größeren Gemeinden Entbindungsanstalten errichtet werden zur unentgeltlichen Benutzung seitens der unbemittelten Kreise der Bevölkerung und zur entgeltlichen Inanspruchnahme von Seiten derjenigen Familien, welche ihre Frauen lieber in die sichere Hut der Anstalt gestellt wissen möchten. In Deutschland beginnen neuerdings die großen Stadtgemeinden eigene Gebäranstalten zu errichten. Die Begründung von Gemeindeentbindungsanstalten und Wöchnerinnenheimen muß als ein wesentlicher Faktor der Säuglingsfürsorge mehr als bisher in den Vordergrund treten.

Die Fürsorge für die Kinder macht es auch zur Notwendigkeit, den gesetzlichen Schutz der schwangeren Frau und der Wöchnerin in Beziehung auf ihre Erwerbsfähigkeit mehr als bisher auszugestalten. Für die Entwicklung und die Geburt des Kindes, den glücklichen Verlauf des Wochenbettes und die günstige Gestaltung des Stillgeschäftes ist es von der größten Bedeutung, daß die Mutter schon vor der Entbindung ausreichend lange von körperlichen Anstrengungen, wie sie die Berufsarbeit und das Erwerbsleben mit sich bringen, ferngehalten wird und nach der Entbindung die für die Wöchnerin und Stillmutter notwendige Schonung erfährt. Zurzeit bestimmt § 137 der Gewerbeordnung für das Deutsche Reich, daß Wöchnerinnen während vier Wochen nach ihrer Niederkunft überhaupt nicht und während der folgenden zwei Wochen nur dann beschäftigt werden dürfen, wenn das Zeugnis eines Arztes dies für zulässig erklärt. Auch sind nach dem Krankenversicherungsgesetz die Orts- und Betriebskrankenkassen verpflichtet und die Gemeindekrankenkassen berechtigt, den Wöchnerinnen eine Unterstützung in der Höhe des Krankengeldes auf die Dauer von sechs Wochen nach ihrer Entbindung zu geben, wenn sie innerhalb des letzten Jahres vor der Entbindung mindestens sechs Monate der Krankenkasse angehört haben. Ferner hat es die Novelle zum Krankenversicherungsgesetz vom Jahre 1903 für zulässig erklärt, daß auch Schwangeren unter den vorbenannten

Bedingungen eine gleiche Unterstützung bis zur Gesamtdauer von sechs Wochen gewährt werden kann. Wenn auch diese Vorschriften einen großen Fortschritt gegenüber den Verhältnissen in anderen Staaten bedeuten, so sind sie noch keineswegs ausreichend; die Ruhezeit nach der Entbindung ist zu kurz, in der Schweiz ist z. B. bereits durch die Verordnung vom März 1877 eine achtwöchige Karenzzeit für Wöchnerinnen festgesetzt. Eine Ruhezeit und eine Unterstützung vor der Entbindung schreiben die deutschen Gesetze überhaupt nicht vor. Österreich-Ungarn, Holland, Belgien, Portugal, Norwegen und England verbieten wohl die Arbeit der Wöchnerin für eine kürzere Dauer, gewähren aber keine Karenzentschädigung. In Italien und Frankreich sind private Versicherungen, sogenannte Mutterschaftskassen, eingerichtet worden (*mutualité maternelle*, *sociétés de charité maternelle*). In Deutschland beginnen die Industriellen freilich ähnliche Einrichtungen zur Hebung der Säuglingspflege bei ihren Arbeiterinnen zu schaffen. Bemerkenswert ist das Vorgehen der Baumwollspinnerei von Paul Busch in München-Glabach. Alle bei dieser Firma beschäftigten Frauen erhalten im Falle ihrer Niederkunft nach Bezug des sechswöchigen Krankengeldes für weitere drei Monate täglich 2 Mk., oder für weitere sechs Monate täglich 1,25 Mk., wenn sie sich verpflichten, in dem betreffenden Zeitraume nicht zu arbeiten, sondern zu Hause ihr Kind zu pflegen und nach Möglichkeit selbst zu stillen. Neuerdings ist in Deutschland wiederholt eine obligatorische Mutterschaftsversicherung im Anschluß an die staatliche Krankenversicherung in Anregung gebracht worden, welche den arbeitenden Müttern eine Ruhezeit sechs Wochen vor und sechs Wochen nach der Entbindung bei Zahlung des vollen Arbeitslohnes, freie Hebammendienste, freie Hauspflege und Stillprämien gewähren soll. Die Aussichten für die Einführung dieser staatlichen Mutterschaftsversicherung erscheinen zurzeit sehr gering. Es ist deshalb dringend wünschenswert, daß alle beteiligten Kreise sich vereinigen, um diese bedeutsame Maßregel des Mutter- und Säuglingsschutzes zu verwirklichen.

Würden die Kinder nach Entlassung der Mutter aus den Entbindungsanstalten oder aus der Wöchnerinnenpflege in den ersten Monaten ihres Lebens ohne ärztliche oder sachverständige Beratung gelassen, so würde damit ihr Gedeihen in vielen Fällen in Frage gestellt, deshalb sind öffentliche Einrichtungen zu treffen, in denen

die Mütter oder Angehörigen der Kinder über alle Fragen der Ernährung und Pflege der Säuglinge Rat erhalten und die Kinder von Zeit zu Zeit dem Arzte vorstellen können. Es ist das Verdienst des großen französischen Meisters Bûdin, derartige Einrichtungen in den von ihm geleiteten Entbindungsanstalten getroffen und damit bei allen Pariser Maternités eine ausgezeichnete Maßnahme der Säuglingsfürsorge angeregt zu haben. Nach der Art seiner „Consultations de Nourissons“ sind ähnliche Anstalten, sogenannte „Säuglingsfürsorgestellen“, bereits in zahlreichen deutschen Städten von den Gemeinden getroffen worden. Sie sind zweifellos zurzeit das wichtigste Mittel der Säuglingsfürsorge, da sie die wirksamste Art der Belehrung und Unterstützung darstellen, nicht nur für die Mütter und ihre Kinder, sondern auch für die angehenden Mütter, welche sich über ihre Vorbereitung zur Geburt, zum Wochenbett und zum Stillgeschäft ärztlichen Rat erholen wollen. Auch können in diesen Fürsorgestellen Stillprämien und andere Unterstützungen an stillende Mütter ausgeteilt und den älteren Kindern eine einwandfreie Kindermilch gewährt.

Hier darf ich einige Worte über das Verhältnis der Ärzte zu den Einrichtungen der öffentlichen Fürsorge, namentlich zu den Säuglingsfürsorgestellen einfügen. Als man in verschiedenen Gemeinden daran ging, derartige Beratungs- und Unterstützungszentralen der Säuglingsfürsorge in den einzelnen Gemeindebezirken einzurichten, erhoben die Ärzte dieser Bezirke energischen Einspruch, da sie fürchteten, durch die Begründung unentgeltlicher Sprechstunden in ihrem Einkommen schwer geschädigt zu werden. In der Tat haben mir nicht nur Kinderärzte, sondern auch Ärzte der allgemeinen Praxis versichert, daß sie die Eröffnung des Betriebs einer Säuglingsfürsorgestelle durch die Abnahme ihrer Sprechstundenpraxis an ihren Einnahmen empfindlich wahrgenommen hätten. Die Befürchtungen der Ärzte sind daher nicht unberechtigt und erfordern geeignete Gegenmaßnahmen. In dieser Beziehung muß zunächst berücksichtigt werden, daß die Säuglingsberatungsstelle nur für diejenigen unentgeltlich zur Verfügung gehalten zu werden braucht, welche durch ihre ungünstige materielle Lage dazu legitimiert sind. Ferner ist daran festzuhalten, daß diese Fürsorgestellen nicht für die kranken Kinder bestimmt sind, sondern nur für diejenigen, deren Ernährung kontrolliert werden soll. Kranke Kinder — abgesehen von den Ernährungsstörungen — sind an die Ärzte oder die

Armenärzte oder die Krankenanstalten zu verweisen. Wollte man diese Kautelen nicht maßgebend werden lassen, so würde die ärztliche Beratung allmählich den Händen der in der freien Praxis befindlichen Ärzte entwunden werden, ohne daß die Aufgaben der öffentlichen Fürsorge es erforderte. Im Gegenteil wurde die Fürsorge Gefahr laufen, gemißbraucht zu werden, zugleich würde mit der Einschränkung des freien Wettberbs in der ärztlichen Versorgung auch die Güte dieser Versorgung eine Beeinträchtigung erleiden. Auf der anderen Seite hat die öffentliche Fürsorge das lebhafteste Interesse daran, die Ärzte nicht vor den Kopf zu stoßen, da sie die Ärzte auf fast allen Gebieten ihrer Arbeit dringend nötig hat. Die Ärzte aber haben glücklicherweise noch so viel soziales Verständnis und Gemeinsinn, daß sie auch die Arbeit der Säuglingsfürsorgestellen unterstützen werden, sofern deren Betrieb die erforderliche Rücksicht auf die berechtigten Interessen der freien ärztlichen Praxis nimmt. Das kann sehr gut geschehen, ohne die Durchführung der sozialhygienischen Aufgaben der Säuglingsfürsorgestellen zu beeinträchtigen.

Bei aller Fürsorge für die natürliche Ernährung darf nicht übersehen werden, daß zurzeit ein großer Teil der Kinder im ersten Lebensjahre künstlich ernährt wird. Die allgemeine Fürsorge muß daher auch darauf gerichtet sein, die Schädigungen, welche die künstliche Ernährung mit sich bringt, soviel wie möglich zu beseitigen und eine gute Kindermilch zu beschaffen. Hierzu ist die Verschärfung der Beaufsichtigung des Milchverkehrs seitens der zuständigen Behörden, sowie eine sorgfältige Kontrolle der städtischen Viehhaltung und des Marktmilchverkehrs durch Tierärzte und hygienisch vorgebildete Beamte unerlässlich. Die bei der Polizeiaufsicht über den Marktmilchverkehr in Berlin in den Jahren 1904—1906 gemachten Erfahrungen sind aus der nachstehenden Zusammenstellung zu ersehen:

**Polizeiliche Kontrolle des Milchverkehrs in Berlin
während der Jahre 1904—1906.**

a. Für Vollmilch:

Im Jahre 1904	sind von 1623 Proben beanstandet	575 = 35,43 %
" " 1905	" " 1728	" " 575 = 33,28 "
" " 1906	" " 2261	" " 744 = 32,91 "

b. Für Magermilch.

Im Jahre 1904	sind von	343 Proben	beanstandet	174 = 50,73 %
" "	1905	" "	251	" " 138 = 54,98 "
" "	1906	" "	220	" " 100 = 45,40 "

c. Für Magermilch.

Im Jahre 1904	sind von	49 Proben	beanstandet	34 = 69,39 %
" "	1905	" "	37	" " 34 = 91,99 "
" "	1906	" "	52	" " 45 = 86,50 "

Danach mußten ein Drittel der entnommenen Proben der Vollmilch, die Hälfte derjenigen der Marktmilch und dreiviertel derjenigen der Magermilch beanstandet werden. Was das bedeutet, läßt sich er-
 messen, wenn man berücksichtigt, daß nach der Berliner Statistik (1. Heft: A. Der Milchverbrauch in Berlin, S. 10) die Gesamtmenge der im Landespolizeibezirk Berlin im Jahre 1902 verbrauchten Milch ungefähr 250 Millionen Liter betrug. Auch ist die Über-
 nahme der Milchproduktion seitens der Gemeinden ins Auge zu fassen, um eine hygienisch einwandfreie Milch in den Verkehr bringen zu können; ferner ist für die richtige Behandlung der Milch, insbesondere für die Abtötung der pathogenen Keime in städtischen Milchküchen Sorge zu tragen. Die Milch ist hier in mehreren Mischungen gegen angemessene Bezahlung, an Minder-
 bemittelte zu einem ermäßigten Preise und an Arme unentgeltlich abzugeben. Für eine Anzahl Milchküchen in Deutschland ist vor-
 bildlich geworden die Einrichtung in München-Gladbach; hier ist seit 1904 im Gebäude des städtischen Nahrungsmitteluntersuchungs-
 amtes eine städtische Milch-Sterilisierungsanstalt im Betrieb. Die Milchlieferung erfolgt vertragsmäßig aus dem Gute Kühlendorf bei Hardt. In dem modernen und hygienisch eingerichteten Stalle sind 43 Kühe untergebracht, welche ausschließlich der städtischen Milch-
 zentrale in München-Gladbach zur Verfügung stehen. Der Stall steht unter der täglichen Kontrolle einer Kommission, bestehend aus zwei Ärzten, zwei Stadtchemikern und zwei Tierärzten. Die Milch muß bei einer Temperatur eingeliefert werden, welche 5° C nicht übersteigen darf. Die Milchkannen werden in der Milch-
 zentrale gereinigt, sterilisiert und im Stall erst kurz vor dem Füllen wieder geöffnet. Die Sterilisierungsanstalt bringt die Milch zuerst in die Zentrifuge, in der die Magermilch von der Rahmmilch getrennt wird und der etwa anhaftende Schmutz zurückbleibt; beide Milch-

arten werden nun erhitzt und aus einem Teil der Magermilch durch Lab der Käsestoff abgesondert. Das Ganze wird gekühlt und aus Rahm, Magermilch und Molken die Kindermilch in fünf Mischungen hergestellt. Ähnliche Milchküchen oder einfachere Milchabgabestellen sind in Altona, Berlin, Bitterfeld, Bonn, Brandenburg, Charlottenburg, Delmenhorst, Dresden, Flensburg, Frankfurt a. M., Freiburg i. Schl., B.-Gladbach, Göttingen, Goldap, Goldberg, Graudenz, Greifswald, Halle, Hamburg, Hanau, Hannover, Heidelberg, Heidekrug, Hirschberg, Homburg, Johannsburg, Kalk a. Rh., Karlsruhe, Karolinsensiel, Kiel, Köln, Königshütte, Krefeld, Landeshut, Landsberg a. W., Leer, Leipzig, Liebenwerda, Liegnitz, Magdeburg, Mainz, Mannheim, Marburg, Markkirch, Mülheim, München, Neumark, Oberhausen, Posen, Rixdorf, Schöneberg, Stettin, Staßfurt, Straßburg, Torgau, Verden, Wesel, Weißenburg, Wiesbaden und Wilhelmshafen begründet worden. Die Milchabgabestellen sind am besten mit den Fürsorgestellen zu verbinden. Ich darf mich auf diese kurzen Ausführungen beschränken, da voraussichtlich bei Beratung des 4. Verhandlungsgegenstandes unseres Sektionsprogramms hierüber noch weiteres gesagt werden wird. Nur das eine möchte ich besonders hervorheben, daß die Abgabe einer guten Kindermilch ohne Belehrung und ohne Kontrolle über den richtigen Gebrauch zwecklos und für die Kinder sogar schädlich sein kann, da die unrichtige Verabreichung auch der besten Kindermilch bei den Säuglingen Ernährungsstörungen hervorzurufen imstande ist. Es wird also stets auch eine Beratung in den Milchabgabestellen stattfinden müssen.

Da es in zahlreichen Familien unmöglich ist, den erkrankten Säuglingen die erforderliche Pflege und Behandlung zuteil werden zu lassen, so müssen besondere Säuglingskrankenanstalten oder Säuglingsabteilungen in den allgemeinen Krankenanstalten begründet werden. In diesen Anstalten ist auch für die Darreichung von Muttermilch — des besten Heilmittels in zahlreichen Fällen — Sorge zu tragen. Um die Schädlichkeiten der hohen Sommertemperaturen für kranke und schwächliche Säuglinge möglichst herabzumindern, ist von Schloßmann empfohlen worden, Säuglingsanstalten auf dem Wasser zu errichten, sogenannte „Fluß- oder Seeheime“, sofern die Örtlichkeit es gestattet.

Es erübrigt noch die besondere Fürsorge für die obdachlosen, elternlosen oder sonst unmittelbar fürsorgebedürftigen Säug-

linge zu besprechen. Auch hierbei kann ich mich kurz fassen, da meine Herrn Korreferenten diese Frage eingehender behandeln werden. Die Fürsorge beginnt mit der Entlassung der Mutter aus der Entbindungsanstalt oder mit dem Eintritt der sonstigen Fürsorgebedürftigkeit. Sie wird in besonderen Anstalten, „sogenannten Kinderasylen“, gewährt, ohne daß die Aufnahme von einer Legitimation abhängig gemacht wird, damit die Zeit der Obdachlosigkeit und die dadurch bedingten gesundheitlichen Schädigungen vermieden werden. Von den beiden Systemen, welche im allgemeinen bei der Unterbringung der obdachlosen Kinder in Anwendung kommen, ist das germanische System nach der Richtung hin zu verbessern, daß die Feststellung der Zahlungspflichtigen sowie der sonstigen Verhältnisse der Aufzunehmenden nicht Vorbedingung der Aufnahme ist, sondern erst nach der Aufnahme erfolgt. Auf der anderen Seite ist das romanische System, das diese Bedingung stets erfüllt hat, aber den Zusammenhang mit den Angehörigen unterbricht, dahin zu ändern, daß die Familie die Beziehung zu dem Kinde aufrecht erhalten kann.

Die Fürsorge für die unehelichen Kinder ist durch die Einrichtung der Generalvormundschaft gemäß Art. 78 § 4 des preußischen Ausführungsgesetzes vom BGB. vom 20. Dezember 1899 (GSS 177) wirksamer zu gestalten. Auf diesem Gebiete sind einzelne Städte, z. B. Berlin, Leipzig, Dortmund, Hanau, Charlottenburg, Schöneberg usw. mit gutem Erfolge vorgegangen. Die Beaufsichtigung der aus dem Kinderasyl entweder zu ihren Müttern oder zu Pflegemüttern entlassenen Kinder hat durch eine besondere Behörde einheitlich zu erfolgen, damit der Verheimlichung und Verschleppung von lästigen Säuglingen wirksam entgegengetreten werden kann.

Meine Damen und Herren! Ich komme zum Schluß. Vielfältig sind die Maßnahmen der Säuglingsfürsorge, sie werden alle von einer sachverständigen Zentrale aus geleitet werden müssen, wenn sie sich gegenseitig unterstützen sollen. Das ist in dem ungarischen System angestrebt worden. Dieses System der Zentralisation der gesamten öffentlichen Säuglings- und Kinderfürsorge in den staatlichen Kinderasylen ist ohne Zweifel sehr beachtenswert, je nach den Verhältnissen der einzelnen Länder werden auch andere öffentliche Kinderasyle, insbesondere diejenigen der Gemeinden oder Gemeindeverbände, zum Mittelpunkt der Säuglingsfürsorge gemacht werden können. Für die Verhältnisse des Deutschen Reiches und seiner Gesetz-

gebung ist es zweckmäßig, die Einrichtung solcher Zentralorganisationen der Gemeindebehörde oder dem Gemeindeverband als den Trägern der örtlichen Wohlfahrtspflege zu überlassen. Die kommunale Zentralstelle für Säuglingsfürsorge würde die Belehrung über die Notwendigkeit der natürlichen Ernährung, über die Gewinnung, Verarbeitung und Aufbewahrung einer guten Kindermilch und über alles sonst für Mutter und Angehörige Wissenswerte zu leiten, die Aufsicht über die Fürsorge- und Milchabgabestellen, über die Säuglingsanstalten und über die öffentlichen, sowie über die privaten Milchgewinnungsstätten zu führen, sowie entweder unmittelbar, oder durch Unterorganisationen, welche an die Säuglingsfürsorgestellen angeschlossen werden können, die gesamte Milchversorgung, die Unterbringung obdachloser Wöchnerinnen und die Kontrolle der Ziehkinder auszuführen und zu überwachen. Eine solche Zentralisation der kommunalen Säuglingsfürsorge ist schon jetzt in einzelnen deutschen Städten anscheinend mit dem besten Erfolge, z. B. in Magdeburg, Stettin und Düsseldorf, eingeführt. Möchten bald zahlreiche andere Städte und Gemeinden nachfolgen, weil für unsere deutschen Verhältnisse nur auf diesem Wege eine wirksame Fürsorge für die Säuglinge gewährleistet werden kann.

Schlußsätze.

1. Die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre (Säuglinge) macht einen wesentlichen Teil der Gesamtsterblichkeit aus, so daß ihre Schwankungen auch die Höhe der Gesamtsterblichkeit beeinflussen. In Deutschland umfaßt die Säuglingssterblichkeit ein Drittel aller Gestorbenen. Die hohe Kindersterblichkeit ist ein wirtschaftliches und nationales Unglück, weil zahlreiche volkswirtschaftliche Werte alljährlich unter erheblicher Belastung der Betroffenen zwecklos geschaffen und vorzeitig wieder vernichtet werden, und weil die Ursachen der hohen Kindersterblichkeit zugleich die Widerstandsfähigkeit der überlebenden Säuglinge herabsetzen und die Kraft der Nation in ihrem Nachwuchs schwächen. Diese nationale Gefahr gewinnt noch dadurch an Bedeutung, daß die Zahl der Geburten von Jahr zu Jahr abnimmt; sie legt den öffentlichen Faktoren im Staate die Pflicht auf, geeignete Fürsorgemaßnahmen zum Schutze der Säuglinge zu treffen.

2. Eine unerläßliche Voraussetzung der Säuglingsfürsorge ist die sorgfältige Ermittlung aller tatsächlichen Verhältnisse, besonders der Daseinsbedingungen und der Sterblichkeit der Kinder. Die Beziehungen der Kindersterblichkeit zur Jahreszeit, zur Ernährung, Pflege, ärztlichen Versorgung, zum Klima, zu Stadt und Land, zur Ehelichkeit und Unehelichkeit, allgemeinen Lebensführung, Beschäftigungsweise der Eltern, der Einfluß der Wohnungen und sonstiger für die Hygiene wichtigen Verhältnisse, die Bevölkerungsdichtigkeit und die Geburtenhäufigkeit müssen für den Staat, einen Bezirk oder eine Gemeinde klar gestellt sein. Nur so wird es möglich sein, die Ursachen für das mangelhafte Gedeihen der Kinder und mit ihnen zugleich die richtigen Maßnahmen zur Abhilfe zu finden.
3. Je nach dem Umfang und der Eigenart der Maßnahmen, welche erforderlich werden, ist die öffentliche Fürsorge für die Säuglinge eine allgemeine oder eine besondere. Jene will die Gesamtheit der Kinder schützen und allen Bevölkerungsklassen, die von ihr Gebrauch machen wollen, zugute kommen, diese richtet ihre Tätigkeit auf diejenigen Säuglinge, welche obdachlos, elternlos oder sonst unmittelbar fürsorgebedürftig sind.
4. Die allgemeine Fürsorge wirkt durch Belehrung und durch praktische Maßnahmen.

Da der Mangel an ausreichenden Kenntnissen über eine zweckmäßige Ernährung und Behandlung der Säuglinge die Hauptursache für die großen Schädigungen der Kinderwelt ist, hat sich die Belehrung der Bevölkerung im wesentlichen hierauf zu richten. Sie erfolgt

- a) durch Merkblätter, Broschüren und sonstige Drucksachen aufklärenden Inhaltes, welche durch die Standesbeamten, Hebammen, Ärzte und andere beteiligte Personen verbreitet werden;
- b) durch mündliche Belehrung seitens der Kreisärzte, Ärzte, besonders auch der Impfarzte gelegentlich des Impfgeschäftes, der Hebammen, Wochenpflegerinnen, Gemeindepflegerinnen, Aufsichtsdamen der Haltekinder usw. gelegentlich der Ausübung ihrer Berufstätigkeit.

Hierzu ist erforderlich, daß der Unterricht in der

Kinderheilkunde auf den Universitäten in entsprechender Weise ausgestaltet wird, daß die Hebammen und das Pflegepersonal ausreichend unterrichtet werden, und daß die Presse andauernd mit geeigneten Informationen versehen wird;

- c) in öffentlichen Vorträgen mit Hilfe von geeigneten Sachverständigen und, soweit es angeht, mit Hilfe von Wohlfahrtsvereinen;
 - d) in öffentlichen Darstellungen in der Form von wandernden oder dauernden Museen für Säuglingspflege;
 - e) in besonderen Kursen für junge Mädchen und Frauen, in den oberen Klassen der Mädchenschulen, beim Unterricht in der Hauswirtschaft, beim Kochunterricht, in Jungfrauen- oder Arbeiterinnenvereinen, Volksküchen, Fabrikheimen, Fabrikkrippen usw.
5. Die praktischen Maßnahmen der allgemeinen öffentlichen Fürsorge haben davon auszugehen, daß die Sterblichkeit der Kinder in den ersten Wochen des Lebens und hier wieder bei den künstlich ernährten Kindern am größten ist; sie haben sich daher
- a) auf die Förderung der Geburts- und Wochenbettshygiene und auf die allgemeine Wiedereinführung des Stillgeschäfts zu erstrecken. Das gute Befinden der Mutter ist ein wichtiger Faktor in dem Leben des Säuglings, mit der Mutter wird die beste Pflegerin und zugleich die Nahrungsspenderin des Kindes geschützt.

Hier kommt in erster Linie die Verbesserung der Ausbildung und der materiellen Lage der Hebammen in Betracht, deren Bedeutung für die Geburtshygiene allgemein feststeht. Für das Wochenbett müssen besondere Pflegerinnen ausgebildet und, wenn erforderlich, ebenso wie die Bezirkshebammen als Bezirkswochenpflegerinnen angestellt werden. Für die weniger bemittelte Bevölkerung sind Gemeindewochenpflegestationen einzurichten, in denen Wochenpflegekörbe mit den nötigsten Gebrauchsgegenständen für das Wochenbett, erforderlichenfalls auch mit Wäsche und Kleidungsstücken zum Ausleihen an bedürftige Wöchnerinnen bereit gehalten werden. Eine wirksame Hilfe sind ferner die Hauspflegerinnen, die den

Wöchnerinnen während des Wochenbettes die Hausarbeit abnehmen und zweckmäßig von den Gemeinden oder Gemeindeverbänden ausgebildet, angestellt und fortdauernd überwacht werden;

- b) für das Werden und Gedeihen des Kindes ist die Fürsorge für die Mutter eine Zeitlang vor und nach der Geburt von der größten Bedeutung, besonders da, wo die häuslichen Verhältnisse die Durchführung der Geburts- und Wochenbettshygiene erschweren oder unmöglich machen. In Frankreich ist man daran gewöhnt, die Frauen der weniger bemittelten Bevölkerungsklassen in Entbindungsanstalten zu entbinden. Die Begründung von Gemeindeentbindungsanstalten und Wöchnerinnenheimen wird sich als ein wesentlicher Faktor in der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit geltend machen;
 - c) aus denselben Gründen ist der gesetzliche Schutz der schwangeren Frau und der Wöchnerin in Beziehung auf ihre Erwerbstätigkeit mehr als bisher auszugestalten;
 - d) würden die Kinder nach der Entlassung der Mutter aus den Entbindungsanstalten oder aus der Wöchnerinnenpflege in den ersten Monaten ihres Lebens ohne ärztliche oder sachverständige Beratung gelassen, so würde damit ihr Gedeihen in den meisten Fällen nicht genügend gewährleistet; deshalb sind Einrichtungen zu treffen, in denen die Mütter oder Angehörigen der Kinder über alle Fragen der Ernährung und Pflege der Säuglinge Rat erhalten und die Kinder von Zeit zu Zeit dem Arzte vorstellen können. Solche Einrichtungen („Fürsorgestellen“) sind nach Art der französischen „consultations des nourissons“ bereits in zahlreichen deutschen Städten von den Gemeinden getroffen worden. Sie sind ein sehr wichtiges Mittel zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, da sie im hohen Maße der Belehrung dienen, nicht nur für die Mütter, sondern auch für schwangere Frauen, welche sich über ihre Vorbereitung zur Geburt, zum Wochenbett und zum Stillgeschäft ärztlichen Rat erholen können, und da sie es ermöglichen, die natürliche Ernährung zu erhalten und zu fördern.
6. Bei aller Fürsorge für die natürliche Ernährung darf nicht

übersehen werden, daß zurzeit ein großer Teil der Kinder im ersten Lebensjahre künstlich ernährt wird. Die allgemeine öffentliche Fürsorge muß daher darauf gerichtet sein, die Schädigungen, welche die künstliche Ernährung mit sich bringt, soviel wie möglich zu beseitigen und eine gute Kindermilch zu beschaffen. Hierzu ist die Verschärfung der Beaufsichtigung des Milchverkehrs seitens der zuständigen Behörden, eine sorgfältige Kontrolle der städtischen Viehhaltungen und des Marktmilchverkehrs durch Tierärzte und hygienisch vorgebildete Beamte unerläßlich. Auch ist die Übernahme der Milchproduktion seitens der Gemeinden ins Auge zu fassen, um eine hygienisch einwandfreie Milch in den Verkehr bringen zu können. Ferner ist für die richtige Behandlung der Milch, insbesondere für die Abtötung der pathogenen Keime in städtischen Milchküchen Sorge zu tragen. Die Milch ist hier in mehreren Mischungen, gegen angemessene Bezahlung, an Minderbemittelte zu einem ermäßigten Preise und an Arme unentgeltlich abzugeben.

Die Milchabgabestellen sind am besten mit den Fürsorgestellen zu verbinden. Der richtige Gebrauch der Milch ist zu kontrollieren.

7. Da es in zahlreichen Familien unmöglich ist, den erkrankten Säuglingen die erforderliche Pflege und Behandlung zuteil werden zu lassen, so müssen besondere Säuglingskrankenanstalten oder Säuglingsabteilungen in den allgemeinen Krankenanstalten begründet werden, in denen auch für die Darreichung von Muttermilch Sorge zu tragen ist. Wo die Örtlichkeit es gestattet, sind nach dem Vorschlag Schloßmanns für die warmen Sommermonate Säuglingsanstalten auf dem Wasser (Fluß-, Seeanstalten) einzurichten.
8. Die besondere Fürsorge für die obdachlosen, elternlosen und sonst fürsorgebedürftigen Säuglinge beginnt mit dem Eintritt der Fürsorgebedürftigkeit, meist mit der Entlassung der Mutter aus der Entbindungsanstalt. Die Kinder sind in geeigneten Anstalten, Kinderasylen, unterzubringen, ohne daß die Aufnahme von einer Legitimation abhängig gemacht wird, damit die Zeit der Obdachlosigkeit und die dadurch bedingten gesundheitlichen Schädigungen vermieden

werden. Das germanische System ist deshalb in dieser Richtung hin im Sinne des romanischen zu verbessern. Die Feststellung der Zahlungspflichtigen sowie der sonstigen Verhältnisse der Aufgenommenen erfolgt erst nach der Aufnahme, der Zusammenhang mit den Angehörigen ist zu erhalten. Das ungarische System des Schutzes der verlassenen Kinder, d. h. der Aufbau der gesamten öffentlichen Säuglings- und Kinderfürsorge auf dem Kinderasylprinzip ist anzustreben.

9. Die Fürsorge für die elternlosen und unehelichen Kinder ist durch die Einrichtung der Generalvormundschaft wirksamer zu gestalten. Der Verheimlichung und Verschleppung von lästigen Säuglingen ist seitens der zuständigen Behörden mit der größten Strenge entgegenzutreten. Die Beaufsichtigung der aus dem Kinderasyl entweder zu ihren Müttern oder zu Pflegemüttern entlassenen Kinder hat durch eine besondere Behörde einheitlich zu erfolgen.
 10. Alle Maßnahmen der allgemeinen und besonderen Säuglingsfürsorge sind seitens der Gemeindebehörde oder seitens eines Gemeindeverbandes einer Zentralstelle für Säuglingsfürsorge zu übertragen. Diese leitet die Belehrung über die Notwendigkeit der natürlichen Ernährung, über die Gewinnung, Verarbeitung und Aufbewahrung einer guten Kindermilch und über alles sonst für Mutter und Angehörige Wissenswerte. Ihr liegt auch die Aufsicht über die Fürsorge- und Milchabgabestellen, über die Säuglingsanstalten und über die öffentlichen, sowie über die privaten Milchproduktionsstellen ob, sie hat entweder unmittelbar oder durch Unterorganisationen, welche an die Säuglingsfürsorgestellen angeschlossen werden können, die gesamte Milchversorgung, die Unterbringung obdachloser Wöchnerinnen und Kinder, endlich auch die Kontrolle der Ziehkinder auszurichten und zu überwachen.
-

Bericht über die Säuglingsfürsorgestellen der Schmidt-Gallischstiftung in Berlin.

Dem Magistrat im Auftrage der leitenden Ärzte erstattet

von

Dr. G. Tugendreich,

Leiter der Säuglingsfürsorgestelle 5.

(Mit 5 Tabellen.)

Nach zweijährigem Bestehen der Säuglingsfürsorgestellen gewinnt das Bild von ihrer Einrichtung, Wirksamkeit, ihren Erfolgen und Entwicklungsmöglichkeiten schon schärfere Umrisse. Diese in einem kurzen Bericht festzuhalten, erscheint um so angezeigt, als, wie immer bei behördlichen Maßnahmen, Verwaltungsbeschluß und Ausführungsbestimmungen nur eine lockere und schmiegsame Hülle sein können und sollen, der erst die Praxis Leben einhaucht.

Dies gilt ganz besonders für das in vieler Hinsicht einzig geartete Gemeinwesen Berlin. Weder französische noch belgische oder andere Städte hätten Berlin ohne weiteres zum Muster dienen können; inländische Vorbilder fanden sich aber überhaupt nicht, als Berlin die Säuglingsfürsorgestellen schuf.

Die jeder Stadt eigentümliche Zusammensetzung und Bewegung der fürsorgebedürftigen Bevölkerung, ihr geistiges und sittliches Niveau, ihre Lebensgewohnheiten, ihre Stellung dem Arzte und der Gesellschaft gegenüber: alles das sind bedeutsame Faktoren für das Gedeihen solcher gemeinnütziger Veranstaltungen.

Die Art und Weise, wie die Bevölkerung von der Einrichtung Gebrauch macht — freiwillig, denn jeder Zwang ist vermieden —, bedingt ausschlaggebend ihren Erfolg.

Nach dem Verwaltungsbeschluß vom 26. April 1905 sollen in den Säuglingsfürsorgestellen wochentäglich von 2—3 Uhr Kinderspezialärzte Sprechstunde abhalten, um den Müttern und Pflegemüttern von Säuglingen — Kindern des ersten Lebensjahres — unentgeltlich Rat über die Wartung und Ernährung der Kinder zu erteilen. Die Ärzte sollen in erster Reihe dahin wirken, die Mütter

zum Stillen zu veranlassen, nötigenfalls unter Gewährung von Stillprämien, Geldunterstützungen, die sich durchschnittlich in Höhe von 2—4 Mk. wöchentlich bewegen.

Daneben soll aber den künstlich genährten Säuglingen Hilfe nicht versagt werden. Ihnen soll neben der Beratung je nach Erfordernis gute, ärztlich kontrollierte Milch zu ermäßigtem oder erlassenem Preise geliefert werden.

Aufnahmebedingung soll vorhandene Bedürftigkeit sein, die durch Recherche der Fürsorgeschwester jedesmal festgestellt wird.

Die Unterstützung der Fürsorgestelle gilt nicht als Armenunterstützung, hat also keinerlei Einfluß auf die öffentliche Rechtsstellung. Nur die eine Verpflichtung gehen die Mütter bei der Aufnahme ein, ihr Kind alle 8—14 Tage, nach Bedarf auch häufiger, dem Arzte vorzustellen.

Im Berichtsjahre 1906 — vom 1. Januar 1906 bis 31. März 1907 — waren in der Stadt Berlin fünf Säuglingsfürsorgestellen in Betrieb (die fünfte wurde erst am 1. Mai 1906 eröffnet).

Sie verteilen sich innerhalb des Weichbildes wie folgt:

- Säuglingsfürsorgestelle I, Blumenstraße 78, O. (Alexanderplatz),
„ II, Elsasser Straße 27, N. (Oranienburger Tor),
„ III, in der Markthalle am Arminiusplatz, NW.
(Moabit),
„ IV, Luisenufer 50¹⁾, SO. (Oranienplatz),
„ V, Pankstraße 7 (am Wedding).

Es wurden also in ausgesprochener Weise die Quartiere der Armen bevorzugt bei der Wahl der Lage; doch ist die ganze Stadt in die fünf Fürsorgebezirke aufgeteilt.

Die Fürsorgestellen sind im allgemeinen in gemieteten, den Zwecken nachträglich angepaßten Räumen untergebracht. Große Zimmer sind vonnöten, da sich die Ansammlung vieler Klienten nicht vermeiden läßt. In Berücksichtigung des Umstandes, daß die hilfeheischende Mutter mit dem Säugling und mancherlei Utensilien beladen ist, wird ein niedriges Stockwerk (Erdgeschoß oder erster Stock) bevorzugt werden müssen. Gelegenheit zur Einstellung und Beaufsichtigung der Kinderwagen muß vorhanden sein.

Im allgemeinen erfreuen sich die Fürsorgestellen, die das Haus,

¹⁾ Jetzt Naunynstraße 63.

wenn auch nur während weniger Tagesstunden, mit dem kräftig durchdringenden Geschrei aus hundert Säuglingskehlen erfüllen, nicht gerade der Gunst der Wirte, und die Fürsorgestelle IV z. B. hat innerhalb des kurzen Zeitraumes ihr Domizil doch schon zweimal wechseln müssen. Es empfiehlt sich daher die Unterkunft in solchen Häusern, die zu Wohnzwecken sonst nicht benutzt werden. Als besonders vorteilhaft haben sich städtische Gebäude erwiesen. (Fürsorgestelle III in einer städtischen Markthalle, Fürsorgestelle IV jetzt in einem verlassenen Schulgebäude, Fürsorgestelle I im „Kinderhause“ Dr. Neumanns.)

Die innere Einrichtung der Fürsorgestellen ist im Prinzip jetzt überall gleich, wenn auch in den Einzelheiten je nach Größe der Räume usw. mancherlei Verschiedenheiten vorhanden sind.

Ein Warteraum mit bequemer Gelegenheit zum Entkleiden der Säuglinge nimmt zunächst Mutter und Baby auf. Schon hier beginnt die erzieherische und belehrende Einwirkung der Anstalt. Denn hier bietet sich die gern benutzte Gelegenheit, das eigene Kind mit den übrigen zu vergleichen, und der ins Auge fallende Unterschied zwischen Brust- und Flaschenkindern hat schon manche Mutter zur Einkehr gebracht; und wo der innere Drang zur Sauberkeit fehlt, vermag manchmal die Scheu vor der Kritik der anderen Frauen die Mutter zur sauberen Pflege anzuhalten.

Von dem Warteraum geht's in das Vorbereitungszimmer, in dem eine Schwester oder Wärterin ihres Amtes waltet. Hier wird das Kind gewogen und eine entsprechende Notiz in das für jeden Säugling geführte ärztliche Journal eingezeichnet; das Personale der Neuankömmlinge wird hier aufgenommen. Mit dem ärztlichen Journal gelangt nun das Kind in das Ordinationszimmer des Arztes. An die Untersuchung schließt sich eine überaus eingehende Belehrung über Diät und Hygiene des Säuglings; durch wiederholte Fragen versichert sich der Arzt des mütterlichen Verständnisses. Nur wenige kurz gefaßte Schrift- oder Drucksachen werden eingehändigt; denn die Mehrzahl der Fürsorgeärzte legt das Hauptgewicht auf die mündliche Belehrung.

Ganz sicher finden schriftliche oder gedruckte Vorschriften bei den Müttern wenig Beachtung. Die Mühe, die der Frau aus dem Volke das Lesen und Verstehen des Gelesenen macht, wird anscheinend öfters unterschätzt. Auch der einfachste Satzbau unter-

scheidet sich noch so von der Sprache des Volkes, daß er meist mißverstanden wird.

Der Arzt entläßt die Frau, nachdem er die Höhe der Stillprämie oder die Diätverordnung in das Journal geschrieben hat, zur Schwester, die in einem besonderen Zimmer die Mutter dementsprechend abfertigt, ihr also die Prämie auszahlt oder ihr die Milchmarken, die sie beim Milchmanne gegen die verordnete Milch eintauscht, oder endlich Bons auf die Milchküche einhändigt.

An diese Räume, die zur Abfertigung des Publikums dienen — ihnen gliedert sich zweckmäßig noch ein isolierender Nebenraum für infektionsverdächtige Kinder an — schließt sich ein Wohnzimmer für die Oberschwester, deren ständiger Aufenthalt in der Anstalt sich aufs beste bewährt hat.

Den Beschluß bildet die Milchküche mit einem kleinen Laboratorium zur Milchprüfung. Für die Einrichtung der Milchküche ist jetzt nach mehrfachem Probieren ein gewisser einheitlicher Typ gewonnen.

Da die Dampfsterilisation für den verhältnismäßig kleinen Betrieb zu kostspielig ist, so wird die auf Portionsflaschen gefüllte Milch im mittels Gas erhitzten Warmwasserbade 5—10 Minuten bei 100° C gekocht. (Nur in der kühlen Jahreszeit begnügen sich einige mit 80° C.) Im Kochapparat selbst wird die Milch dann durch Zuströmen kalten Wassers vorgekühlt und gelangt dann in den Kühlkasten, wo sie bis zur Ausgabe verbleibt.

Die Milchküche liefert, wie erwähnt, nur einem kleinen Bruchteil der Pflegebefohlenen die Nahrung; solchen, deren Ernährungsstörung eine ganz besonders vorsichtige und umständliche Dosierung der Diät erfordert, oder solchen, deren Mütter einen so wenig zuverlässigen Eindruck machen, daß ihnen die Zubereitung der Milchmischung nicht mit gutem Gewissen anvertraut werden kann.

Von 11259 Säuglingen, die im Berichtsjahre in die vier ersten Fürsorgestellen aufgenommen wurden — die fünfte eröffnete ihre Milchküche erst im Sommer 1907 — wurden 611 Säuglinge mit trinkfertiger Nahrung aus der Milchküche versorgt.

Über Einzelheiten gibt Tabelle IVc Auskunft.

Die große Mehrzahl der Mütter erhält die rohe Vollmilch aus den von den Fürsorgestellen kontrollierten Molkereien, die sie teils frei ins Haus liefern, teils in Depots schaffen, von wo aus sie entweder in die Wohnung geliefert oder von den Frauen abgeholt

wird. Die Molkerei erhält täglich rechtzeitig von den Fürsorgestellen ein Verzeichnis der zu versorgenden Mütter. Die Frauen erhalten die Milch nur, wenn sie die in der Fürsorgestelle eingehändigten Milchmarken dem Milchmanne abliefern.

Diese Bons werden von der Molkerei gesammelt und allmonatlich der Fürsorgestelle zur Abrechnung zurückgesandt.

Der Fernerstehende wird vielleicht mit einer gewissen Verwunderung hören, daß die Beschaffung dieser Milch Schwierigkeiten verursachte und noch verursacht, daß es also in Berlin gar nicht leicht ist, für den gedachten Zweck leistungsfähige Molkereien zu finden.

Es erschien zunächst bei der Größe des Bedarfs — es wurden im Berichtsjahre 310494 l Vollmilch gebraucht — zweckmäßig und billig, diese Lieferung mehreren Molkereien — zurzeit dreien — zuzuerteilen. Diese liefern eine in den eigenen Stallungen gewonnene, auf Flaschen gefüllte Vorzugsmilch zu dem ermäßigten Preise von 34—40 Pf. Hat nun auch die Qualität der sorgfältig geprüften Milch zu ernster Beanstandung keinen Anlaß gegeben, so hat die Auslieferung der Milch mehrfach die so dringend erforderliche Pünktlichkeit und Sorgfalt vermissen lassen. Der den Molkereien zur Verfügung stehende Wagenpark hat ebenso wie das Kutscher- und Burschenpersonal den gesteigerten Ansprüchen gegenüber öfters versagt.

Die Lieferung frei Haus soll vertragsgemäß bis 10 Uhr vormittags beendet sein. (Ein früherer Zeitpunkt, so wünschenswert er auch wäre, ist bei den großen Entfernungen der Weltstadt nicht zu beanspruchen.) Nur eine Molkerei war imstande, diese Forderung zu erfüllen. Die beiden anderen liefern die Milch in großen Gebinden an mehrere über den Fürsorgebezirk verteilte Depots.

Von diesen Depots — Milchläden — wird die Milch — wie schon gesagt — teils ins Haus geliefert, teils von den Müttern abgeholt.

Wo die Zustellung der Milch in die Wohnung erfolgt, führen die Mütter öfters Klage über verspätete oder gar versäumte Lieferung. Dieser Übelstand wird durch die Abholung von den Depots zwar vermieden. Aber auch dieser Modus hat seine Nachteile. Gibt es nur wenige Niederlagen, so werden wieder große Entfernungen zwischen der Wohnung und der Abgabestelle geschaffen;

gibt es viele, so wird eine wirksame Milchkontrolle verhindert. Zwar sind die Flaschen durch Bandstreifen und ähnliche Vorrichtungen gegen unbefugte Öffnung einigermaßen gesichert — unmöglich gemacht ist aber eine Fälschung der Milch dadurch nicht.

Es ist zu wünschen, daß die Molkereien den erheblichen Verdienst, der ihnen aus dem Fürsorgestellenbetrieb erwächst, zu Verbesserungen ihres Transportwesens benutzen mögen.

Überblicken wir, so sind für den Betrieb der Fürsorgestellen 5—6 große Räume und eine Milchküche erforderlich.

Das Personal setzt sich zusammen aus dem leitenden Arzt, einem oder mehreren Assistenten, einer Oberschwester, weiblichen Hilfskräften und unterem Dienstpersonal.

Dem Leiter obliegt außer dem ärztlichen Dienst der Schriftverkehr mit der vorgesetzten Behörde, Rechnungslegung usw. Er ist außerdem verpflichtet, zweimal im Jahre öffentlich Kurse über Säuglingspflege abzuhalten.

Die Oberschwester führt die Aufsicht über die Milchküche, verteilt die ärztlicherseits angeordneten Stillprämien oder Milchmarken, führt die von der Behörde vorgeschriebenen Bücher und beteiligt sich endlich, soweit es ihre Zeit erlaubt, am Recherchedienst. Für diesen stehen ihr eine oder mehrere Damen zur Seite.

Der Recherche legen die Leiter eine immer größere Bedeutung bei. Die Recherchedame soll nicht nur die Bedürftigkeit der Familie feststellen, sondern auch der Mutter bei Befolgung der diätetischen und hygienischen Vorschriften mit Rat und Tat zur Hand gehen, soll, soweit es möglich, sich von der strikten Innehaltung der ärztlichen Anordnungen überzeugen. Eine je nach der Zuverlässigkeit der Mutter mehr oder weniger häufige Wiederholung des Besuchs ist dazu erforderlich, und eine Vermehrung des Recherchepersonals wird sich wohl als notwendig herausstellen.

Immerhin wurden im Berichtsjahre 20677 Besuche ausgeführt.

Den Recherchebefund trägt die beauftragte Dame, der fast ausnahmslos von den Leuten bereitwillig Einlaß und Auskunft gewährt wird, in mit Vordruck versehene Bogen ein.

Diese Recherchebogen stellen ein in mancher Hinsicht höchst interessantes Material dar. Sie geben ein gutes Bild des sozialen Milieus, in dem unsere Pfleglinge leben und aufwachsen. An dieser Stelle sei nur speziell auf die wertvolle Auskunft über die Woh-

nungsbeschaffenheit hingewiesen; bei stärkerer Anhäufung des Materials wird es möglich sein, hieraus Häuserregister anzulegen — ähnlich wie in Paris —, die über die gesundheitlichen Verhältnisse jeder Wohnung Auskunft geben.

Für die Berliner Arbeiterwohnungen darf wohl als Regel gelten, daß die Räume selbst billigen hygienischen Anforderungen genügen, daß sie aber fast durchgehends viel zu dicht bewohnt sind.

Derart ist Einrichtung und Betrieb — sozusagen das Skelett — der Fürsorgestelle beschaffen. Sehen wir nun zu, wie sie verfährt, um die bedürftige Bevölkerung für ihre Zwecke zu gewinnen und zu erziehen. Es war ja Brachland, was die Säuglingsfürsorge bei ihrem Einsetzen vorfand.

Die Säuglingssterblichkeit hätte nicht diese beschämende Höhe erreichen können, wenn sie nicht bis vor wenigen Jahren von Ärzten, Sozialhygienikern, Behörden und besonders vom Publikum selbst als ein unentrinnbares Naturgesetz angesehen worden wäre, das womöglich anderen sozialen Schädlichkeiten (Übervölkerung, Degeneration der Rasse) vorbeugen sollte.

Nachdem die moderne Kinderheilkunde gezeigt hat, daß es bei geeigneter Ernährung, als deren unersetzbares Vorbild die Brustnahrung zu gelten hat, und bei hygienischer Pflege und Wartung gelingt, die Sterblichkeit ganz erheblich herabzudrücken, daß ferner auch aus einem schwächlichen Säugling bei geeigneter Behandlung ein kräftiges leistungsfähiges Mitglied der Gesellschaft werden kann, hat allmählich auch die Sozialhygiene ihren Standpunkt aufgegeben und, von den Behörden unterstützt, setzt der Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit ein.

Noch wenig gewandelt aber haben sich die Anschauungen der fürsorgebedürftigen Bevölkerung selbst. Hier, wo Kinderreichtum und Kindersterblichkeit Hand in Hand gehen, wo die Sorge um das tägliche Brot alle anderen Empfindungen in den Hintergrund drängt, hier wird das Leben des Säuglings nicht so hoch bewertet, sein Tod nicht so gefürchtet wie in anderen sozialen Schichten. Man nimmt seinen Tod als unvermeidlich hin und tröstet sich mit dem alten Worte, daß man ein Kind erst nach dem ersten Lebensjahre wirklich besitze, vorher es nur in Leihe habe.

Die geringe Beachtung, die der Säugling vordem bei den Ärzten

fand, erklärt auch den so schädlichen Glauben der Mutter, die Geburt ihres Kindes habe in ihr allsogleich auch Verständnis und Befähigung für das Großziehen des Babys erweckt. Die Mütter — von den Haltefrauen ganz zu schweigen — halten sich auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge für durchaus kompetent und entschuldigen die häufigen Mißerfolge mit jenem — in Wirklichkeit gar nicht vorhandenen — Naturgesetze.

Hartnäckig wurzelt auch der Aberglaube in den Frauen von ihrer Untauglichkeit zum Stillgeschäft. Immer aufs neue ist der Fürsorgearzt über den Gleichmut erstaunt, mit dem erst gar nicht ein Versuch zu stillen unternommen wird. Der üble Rat schlecht ausgebildeter Hebammen ist hierbei öfters erkennbar. — Die Säuglingsfürsorge soll im wesentlichen Prophylaxe treiben. Ein volles Verständnis für die Bedeutung der Prophylaxe kann nicht in einer Bevölkerungsschicht vorausgesetzt werden, der der Kampf des Tages wenig Raum für Zukunftsgedanken läßt.

Aus alledem folgt, daß die von einer wohlberatenen Behörde zweckmäßig geschaffene Veranstaltung nicht ohne weiteres auf verständnisvolles Entgegenkommen der fürsorgebedürftigen Bevölkerung rechnen konnte, daß sie vielmehr hierzu das Publikum erst erziehen muß.

Den Fürsorgebedürftigen muß also der Besuch der Anstalt nach Möglichkeit erleichtert werden, durch Vorteile, die in die Augen springen, müssen sie an das Institut gefesselt werden. Dem prophylaktischen Zwecke entsprechend ist der Eintritt des Säuglings möglichst bald nach der Geburt anzustreben.

Die Statistik (Tabelle II) lehrt, daß von 13141 von den Fürsorgestellen aufgenommenen Säuglingen 3716 = 28,3% im ersten Lebensmonate standen, darunter 2361 (unter 5014) Brustkinder, 1234 Flaschenkinder (von 7756) und 121 mit gemischter Nahrung (von 371). So erfreulich diese Zahl bei dem kurzen Bestand der Einrichtung auch ist, so ist doch zu wünschen, aber auch mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten, daß Ärzte, Hebammen, Hauspflegevereine durch die täglich weiter dringende Kenntnis von den Zwecken der Anstalt zur Erhöhung dieser Zahl beitragen werden. Mögen die ersten Lebenswochen das regelmäßige Aufnahmealter werden!

Die Aufnahme in die Fürsorge ist nun von der Bedürftigkeit der Eltern abhängig gemacht.

Wie die Frage der Bedürftigkeit von der Säuglingsfürsorge entschieden wird, erfordert eine nähere Betrachtung.

Es ist ohne weiteres einleuchtend, daß die allgemeine Bedürftigkeit im üblichen Sinne mit einem anderen Maßstabe gemessen werden muß als die des Säuglings bzw. seines Pflegers. Die Mutter nämlich bedarf für unsere Zwecke der Unterstützung, die ihrem Säuglinge eine gewissen hygienischen Mindestforderungen genügende Ernährung und Pflege während der Dauer des ersten Jahres nicht gewährleisten kann.

Da gerade die lückenlose Stetigkeit in Ernährung und Pflege die Hauptforderung ist, so spielt — innerhalb gewisser Grenzen natürlich — die Regelmäßigkeit des väterlichen Verdienstes eine bei weitem größere Rolle als seine Höhe.

Es ist bemerkenswert, wie die berufliche Zusammensetzung unseres Publikums die Gültigkeit dieses Satzes bestätigt.

Die Väter unserer Pfleglinge sind mit verschwindenden Ausnahmen Arbeiter — meist ungelernte — mit einem Wochenverdienst von 18 bis 24 bis 30 Mk.

Untere Beamte, kleine selbständige Gewerbetreibende, Angestellte usf., kurz solche, deren Einkommen in gewissem Grade für längere Zeit gesichert ist, suchen die Fürsorgestelle nicht auf, fühlen sich also nicht bedürftig, obwohl die Höhe ihres Verdienstes oft hinter dem des Arbeiters zurückbleibt.

Die Arbeitslosigkeit bildet häufig den Anstoß zum Aufsuchen der Fürsorgestelle. Bei 1000 Säuglingen, die in die Säuglingsfürsorgestelle V eintraten, waren 237 Väter arbeitslos.

Mit der Rückkehr zur Arbeit u. ä. ist aber die Bedürftigkeit noch nicht beseitigt. Denn jetzt gilt es, die in der schlimmen Zeit beim Kaufmann usw. aufgelaufenen Schulden abzahlend und für die nächsten Wochen besteht de facto die gleiche Bedürftigkeit wie vorher.

Der zur Zeit des Eintritts in die Fürsorge vom Vater bezogene Verdienst gibt also nicht ohne weiteres einen Maßstab für die Bedürftigkeit ab. — Ist nun diese Bedingung bejaht, hat der Säugling Aufnahme gefunden, so gilt es, ihn möglichst lange der Fürsorge zu erhalten.

Es hat sich nun herausgestellt, daß hierbei Höhe und Dauer der Unterstützung eine entscheidende Rolle zufällt.

Am einfachsten gestaltet sich die Sache bei den Brustkindern, bei den stillenden Müttern. Die Prämien sind ja eine Belohnung, die ihnen billigerweise so lange gewährt werden soll, als sie stillen. (Aus Sparsamkeitsgründen fällt sie freilich fort, sobald das Kind ein Alter erreicht hat, in dem die Abstillung voraussichtlich ungefährlich ist.) Gerade der mühelose Erwerb der Prämie soll ja den anderen nichtstillenden Müttern zur Aufmunterung dienen. Diese Prämien erfüllen denn auch, sofern ein gewisses Minimum — 1,40—1,05 Mk. wöchentlich — nach unten nicht überschritten wird, ihre Aufgabe vollständig.

Dafür spricht, daß von den Brustkindern nahezu die Hälfte (46,5 %) bereits im ersten Lebensmonate der Anstalt zugeführt wird, daß ferner das Zahlenverhältnis zwischen Brust- und Flaschenkindern in den Fürsorgestellen erheblich günstiger ist als allgemein in Berlin (5014 Brustkinder: 7756 Flaschenkinder = 39 % Brustkinder, während in Berlin höchstens 30 % Brustkinder vorhanden sind).

Schwieriger gestaltet sich die Frage der Unterstützung bei den Flaschenkindern. Ihnen soll gerade im Gegensatz zu den Brustkindern keine Belohnung ausgesetzt werden. Der Säugling soll nur mit guter Kindermilch, deren Verkaufspreis die arme Bevölkerung nicht zahlen kann, versorgt werden gegen einen Beitrag, der den ortsüblichen Preis der gewöhnlichen Milch (20 Pf.) nicht überschreitet. Nur bei besonderer Notlage soll dieser Beitrag ermäßigt oder erlassen werden.

Das Ideal wäre erreicht, wenn die Mutter, die zu ihrem Eintritt in die Fürsorgestelle oft, wie erwähnt, durch Arbeitslosigkeit des Mannes, Krankheit und anderes bewogen wird, bei Besserung ihrer Lage ihr Kind weiter der Kontrolle unterwürfe, auch ohne die Milch zu ermäßigtem Preise zu erhalten.

Die Erfahrung hat nun leider gezeigt, daß unser Publikum vorläufig größtenteils zu dieser Höhe der Auffassung noch nicht erzogen ist. Vielfach wird leider der ärztliche Rat, die sachverständige Überwachung allein noch nicht so hoch bewertet, daß sie ohne sichtbaren pekuniären Vorteil die Mutter zum regelmäßigen Besuch veranlassen.

Nach der Einstellung oder erheblichen Herabsetzung der Unterstützung entzieht sich die Mutter der Fürsorge. So sind z. B. in

der Säuglingsfürsorgestelle I von 2565 unterstützten Säuglingen vor Beginn des vierten Beobachtungsmonats 698 weggeblieben, von den 2173 nicht unterstützten aber 1741. In der Säuglingsfürsorgestelle IV sind von 2126 unterstützten 229 nach dem ersten Besuche nicht wieder vorgestellt worden, von 686 nicht unterstützten Säuglingen aber 247. Nun müssen freilich auch gewisse Opfer, die für die Mutter mit dem Besuche verknüpft sind, in Rechnung gesetzt werden. Ein drei- bis vierständiger Zeitverlust ist unvermeidlich, die Entfernung von der Wohnung zur Fürsorgestelle erfordert teilweise die Benutzung der Straßenbahn. Gerade bei den schwächlichen Kindern, denen eine häufigere Vorstellung nicht erspart bleiben kann, führt dies manchmal zum Fernbleiben.

So begründet eine Frau ihr Nichterscheinen: „War vorige Woche dreimal in der Pankstraße, das macht schon 60 Pf. Fahr-
geld, und das Laufen wird mir schwer und alle Jahre ein Kind, da bin ich zu schwächlich zu. Mein Mann meinte, so gebe ich die Woche 70 Pf. und das Kind wird auch satt.“

Ein pekuniärer Vorteil muß also für die Besucher erkennbar sein.

Der Standpunkt des „Wer nicht will, hat schon“ darf in dem ernstesten Kampfe gegen die Säuglingsterblichkeit keine Geltung beanspruchen.

Denn wenn sich die Frau der Kontrolle entzieht, so geht das gewöhnlich auf Kosten der kindlichen Gesundheit. Sucht jetzt die Mutter bei erneut eingetretener Notlage in Hoffnung auf größere Unterstützung die Fürsorgestelle wieder auf, so hat sich in der Zwischenzeit der Zustand des Kindes oft so verschlechtert, daß zu seiner Herstellung der Fürsorgestelle besondere Aufwendungen erwachsen, ja, daß diese oft vergebens sind.

In solchen Fällen hat — ganz abgesehen vom rein menschlichen Standpunkt — die Fürsorgestelle ein größeres finanzielles Opfer zu bringen, als wenn sie die Frau auch in den Zeiten geringerer Bedürftigkeit durch eine gewisse als Lockmittel gedachte Unterstützung zum regelmäßigen Besuch angehalten hätte.

Wir senden in jedem Falle, sobald eine Mutter fernbleibt, sogleich die Rechercheschwester ins Haus, erkunden die Ursache und setzen alles daran, sie zu weiterem Besuche zu veranlassen.

Im übrigen ist erfreulicherweise festzustellen, daß Mütter, die schon längere Zeit sich in der Fürsorge befinden, deren Verständnis

für den Nutzen der Fürsorgestelle also geweckt ist, relativ häufiger auch nach Entziehung der Unterstützung die Besuche fortsetzen, als solche, denen sie kurze Zeit nach ihrem Eintritt gestrichen wird.

Was hier für den einzelnen gilt, wird sich aller Wahrscheinlichkeit nach auch als allgemein gültig erweisen. Je länger die Fürsorgestellen bestehen werden, je weiter die Erkenntnis von ihrer Nützlichkeit vordringt, um so häufiger werden die Mütter sich zu dauernder Überwachung auch ohne Unterstützung bereitfinden lassen.

Ist so die Dauer der Unterstützung ein Problem, das nicht immer leicht zu lösen ist, so gilt dies erst recht für die Höhe der Unterstützung.

Die Unterstützung, zumal der Flaschenkinder, soll nur dem Säugling selbst zugute kommen; sie soll ihn unabhängig machen von einer in der Familie bestehenden Notlage, soll ihm die geforderte Stetigkeit in Ernährung und Pflege garantieren.

So wird jedem nur so viel Milch geliefert, als er nach ärztlicher Vorschrift bedarf.

Aber welche Mutter wird es übers Herz bringen, die gute Milch dem Säugling vorzubehalten, wenn viele andere hungrige Kinderaugen bitten? In solchen Fällen aber ausreichende Hilfe zu leisten, kann nicht Aufgabe der Säuglingsfürsorgestelle sein. Hier muß die Armenpflege einsetzen; es wäre sehr erwünscht, wenn beide Wohlfahrtseinrichtungen noch enger als bisher zusammenarbeiten würden, so zwar, daß der Stimme der Säuglingsfürsorge ein gewisses Übergewicht beigelegt würde.

Eine kurze Sonderbetrachtung beanspruchen die unehelichen Säuglinge, deren Zahl sich auf 2218 = 16,9% belief. Für sie wirkt die Anstalt ganz besonders segensreich. Immer wird von den Ärzten angestrebt, auch den unehelichen Säugling in der Obhut der Mutter zu belassen, die illegitimen Mütter also von der bisher geübten Gewohnheit, ihre Kinder in Pflege zu geben, abzubringen. Die Unterstützung setzt die unverheiratete Mutter in den Stand, die geringer bezahlte Hausarbeit statt des Ganges in die Fabrik zu wählen, um so die Pflege des Säuglings selbst überwachen, ihn selbst stillen zu können. Von den 2218 unehelichen Säuglingen verblieben 842 der Mutter.

Aber auch wenn die Mutter in die Fabrik geht, gelingt es nicht selten ärztlicher Belehrung im Verein mit der Unterstützung, dem Kleinen die Mutterbrust zu erhalten, wenn es drei- bis vier-

mal täglich — morgens, mittags, abends — angelegt werden kann. Dieser Modus würde sich noch regelmäßiger durchführen lassen, wenn die Fabriken den Müttern Räume zur Unterbringung ihrer Säuglinge zur Verfügung stellten.

Unsere Statistik lehrt, daß 401 uneheliche Mütter ihre Kinder selbst stillten.

Durch diese Bemühungen wird das zu beider Schaden gewöhnlich zerrissene Band zwischen Mutter und Kind enge geknüpft.

Dies Bestreben könnte noch erheblich erfolgreicher werden, wenn die Ernennung des Vormundes und damit zusammenhängend die Entscheidung über die Alimentierung nicht so lange verzögert würde, wie es jetzt noch oft der Fall ist. Häufig vergehen viele Monate, bevor diese für den Unterhalt der Unehelichen so wichtigen Dinge erledigt sind.

Vielfach unerfreulich sind die Erfahrungen, die die Säuglingsfürsorgestelle mit den Haltefrauen macht. Diese sind von ihrer eigenen Kompetenz gewöhnlich so fest überzeugt — vielleicht auf Grund der polizeilichen Erlaubnis zum Halten eines Kindes —, daß sie sich der Belehrung ganz besonders schwer zugänglich erweisen und zu denen gehören, die sich meist schnell der Fürsorge entziehen.

Aus dem Überblick wird erkannt werden, daß die Säuglingsfürsorge keinen Schematismus verträgt, daß sie vielmehr von Fall zu Fall streng individualisieren muß. Die Art der Belehrung, der Unterstützung, alles muß dem sittlichen und geistigen Niveau der Mutter angepaßt werden, alles soll dem unverlierbar festgehaltenen Ziele dienen, den Säugling möglichst lange in der Fürsorge zu halten, ihn in der Fürsorge gesund zu erhalten.

Die Fürsorgeärzte erkennen es mit Dank an, daß die vorgesetzte Behörde die Eigenart dieser Aufgabe ganz würdigt und dem Ärzte in hohem Maße freie Hand für die Verwendung der ihm anvertrauten Mittel läßt.

Die Erfolge sind denn auch nicht ausgeblieben. Um freilich eine zahlenmäßige Beeinflussung der Säuglingssterblichkeit nachzuweisen, dazu besteht die Wirksamkeit der Säuglingsfürsorgestellen noch zu kurze Zeit. Denn die Säuglingssterblichkeit in Berlin ist abhängig von der Sommersterblichkeit der Säuglinge, diese wieder wird erheblich von meteorologischen Verhältnissen beeinflusst. Des-

halb lassen sich nur Jahre mit möglichst ähnlichen Witterungszuständen miteinander vergleichen.

Auch muß berücksichtigt werden, daß noch ein längeres Bestehen der Anstalt notwendig sein wird (wohl auch ihre Vermehrung), um möglichst alle fürsorgebedürftigen Säuglinge — in Berlin schätzungsweise 25 000 — heranzuziehen und zu überwachen.

Darüber aber kann doch keine ernsthafte Diskussion stattfinden, daß die Fürsorgestellen, wenn ihnen, wie erstrebt wird, die Säuglinge möglichst zahlreich, möglichst bald nach der Geburt zuströmen und möglichst lange in Aufsicht verbleiben, eine große Zahl von Erkrankungen und Todesfällen verhüten müssen.

Nun wurden aufgenommen:

		1905	1906
		(Mai bis Dezember)	(Mai bis Dezember)
Säuglingsfürsorgestelle	I	2325	2705
"	II	730	1524
"	III	477	810
"	IV	764	1522
"	V	—	804
Summe		4296	7365

Also ein erfreuliches Wachstum der Frequenz, das uns das Erreichen unseres Ziels in gar nicht ferner Zukunft erhoffen läßt.

Eine vergleichende Statistik des Aufnahmealters und der Beobachtungsdauer, die sich leider nicht aufmachen läßt, weil die beiden zum Vergleich stehenden Jahresberichte über verschieden lange Zeitabschnitte summarisch Auskunft geben, würde unzweifelhaft, wie Stichproben ergeben haben, auch hier einen erfreulichen Fortschritt offenbaren. Gestorben sind während der Beobachtung 687 Säuglinge = 5,2 %, vorwiegend solche, die bereits in elendem Zustande eintraten.

Zurzeit sind die Fürsorgestellen damit beschäftigt, die vor längerer Zeit entlassenen Säuglinge einer Nachuntersuchung zu unterziehen, um die Dauer der Erfolge zu prüfen.

Für die Beurteilung der Erfolge fallen aber außer Zahlen auch Beobachtung und Auffassung der Fürsorgeärzte bedeutsam in die Wagschale.

Sie hegen einmütig die Überzeugung, daß die Fürsorgestellen auf dem richtigen Wege sind zum Ziele.

Die Zahl der Kinder ist nicht klein, die bestimmt nur durch das Eingreifen der Säuglingsfürsorgestelle dem Leben erhalten geblieben sind. Haben doch die Fürsorgestellen besonders elenden Säuglingen, deren Mütter selbst keine Nahrung mehr hatten, den Segen der Ammenbrust, sonst ein Privileg der Wohlhabenheit, zuteil werden lassen können, indem Mütter mit reichlicher Brustnahrung andere schwache Kinder unter Unterstützung der Säuglingsfürsorgestelle mitstillten.

Bei wie vielen hat nicht regelmäßige Beobachtung Erkrankung verhütet, ein entstehendes Leiden im Keime erstickt!

Gar nicht zahlenmäßig bewerten lassen sich die Resultate der tagtäglich erteilten Belehrung, wohl aber durch zahlreiche Erfahrungen deutlich erkennen.

Die energisch bekämpfte Unsitte der Mundreinigung des Säuglings ist nahezu geschwunden. Die wegen ihrer schweren Reinbarkeit ärztlicherseits verpönten Trinkflaschen mit langem Saugrohr, die beim Publikum beliebt waren, gehören jetzt zu den Seltenheiten.

Langsamer breitet sich die peinlich genaue Befolgung der ärztlichen Diätvorschriften aus. Der Kampf gegen die Vorstellung, daß jedes Schreien des Säuglings ein Signal des Hungers sei, muß mit besonderer Geduld geführt werden. Das zumal dem Vater verhaßte Geschrei bewirkt zusammen mit der mißtrauischen Meinung der Mutter, daß der Arzt nur aus Sparsamkeit nicht genügend Milch verschreibe, noch öfters eine Überschreitung der erlaubten Trinkmenge. Je fester mit der Zeit das Vertrauen zu den Fürsorgeärzten werden muß, um so rascher werden diese Unsitten verschwinden.

Nach dem in flottem Tempo fortgeschrittenen Ausbau der Säuglingsfürsorge ist anzunehmen, daß die vorgesetzte Behörde auch fernerhin den Anträgen der Ärzte ihr Ohr nicht verschließt. Der Wunsch nach Angliederung kleiner Stationen steht im Vordergrund. Erkrankte, stationärer Behandlung bedürftige Säuglinge schnell zweckentsprechend unterzubringen, ist besonders im Sommer oft unmöglich. Die Errichtung einer kleinen Station würde diesem Übelstande abhelfen, würde die wünschenswerte Stetigkeit der Behandlung ermöglichen und wäre, da sie Ärzte und Pflegepersonal,

sowie die Milchküche teilweise mitbenutzen könnte, mit verhältnismäßig geringen Kosten verknüpft. —

Wir sind am Ende. Die getroffenen Einrichtungen der Stadt Berlin zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit haben sich auch praktisch bewährt. Sie haben vermocht, Bresche zu legen in die Gleichgültigkeit der Bevölkerung gegenüber der reichen Ernte, die der Tod gerade im ersten Lebensjahr hält. In immer steigendem Maße gewinnen sie das Vertrauen der Bevölkerung und werden dadurch in den Stand gesetzt, ihre Mittel zweckmäßig zu verwenden.

Dies Vertrauen zu stärken, die reine Uneigennützigkeit der Veranstaltung immer wieder hervorzuheben, dazu mögen auch Führer und Presse der Arbeiterschaft selbst das ihrige beitragen!

Tabellen umseitig. .

Tabellen über die Frequenz der Säuglingsfürsorgestellen.

Tabelle I.

Jahr	Monat	Neuaufnahmen						Zahl der Konsultationen						Zahl der Hausbesuche					
		Säuglingsfürsorgestelle						Säuglingsfürsorgestelle						Säuglingsfürsorgestelle					
		1	2	3	4	5 ¹⁾	Summe	1	2	3	4	5 ¹⁾	Summe	1	2	3	4	5 ¹⁾	Summe
1906	Januar	307	184	71	109	—	671	1 303	1 569	546	1 246	—	4 664	—	201	88	525	—	714
	Februar	197	133	71	114	—	515	1 473	1 145	557	1 258	—	4 433	16	192	86	483	—	777
	März	303	172	85	125	—	685	1 730	1 337	680	1 535	—	5 282	252	164	80	625	—	1 121
	April	327	186	110	182	—	805	1 575	1 348	574	1 410	—	4 907	352	179	110	582	—	1 223
	Mai	412	211	127	229	75	1 054	2 352	1 725	846	2 024	246	7 193	507	217	135	567	75	1 501
	Juni	410	194	110	224	120	1 058	2 051	1 895	739	1 938	594	7 207	486	193	122	550	114	1 465
	Juli	405	274	130	226	105	1 140	2 633	2 440	867	2 156	1 020	9 116	494	225	144	590	156	1 609
	August	443	283	130	248	127	1 231	3 298	2 815	942	2 561	1 263	10 879	510	226	301	648	186	1 871
	September	301	172	90	170	82	815	2 775	2 182	715	2 234	1 187	9 093	493	214	212	600	150	1 669
	Oktober	278	146	107	159	93	783	2 475	2 028	733	2 154	1 203	8 593	363	225	258	589	173	1 608
	November	267	139	69	170	110	755	2 428	1 953	586	2 050	2 006	9 023	505	80	204	633	244	1 666
	Dezember	189	105	47	96	92	529	2 058	1 502	478	1 587	1 784	7 409	374	157	165	480	110	1 286
1907	Januar	311	162	73	142	108	796	2 168	1 747	511	1 658	2 016	8 100	468	185	117	510	148	1 428
	Februar	248	138	77	141	131	735	2 798	1 581	553	1 667	1 650	8 249	470	177	156	490	191	1 484
	März	352	138	78	162	139	869	2 131	1 472	594	1 802	1 850	7 849	248	186	137	588	196	1 255
Summe		4 750	2 637	1 375	2 497	1 182	12 441	33 248	26 729	9 921	27 280	14 819	111 997	5 538	2 821	2 315	8 460	1 743	20 677

¹⁾ Am 1. Mai 1906 eingerichtet.²⁾ Vom 26. Februar 1906 ab.

Tabelle II.

Alter der Kinder bei der Aufnahme	Brust					Gemischte Nahrung					Flasche					Summe	
	Säuglingsfürsorgestelle					Säuglingsfürsorgestelle					Säuglingsfürsorgestelle						
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
1 bis 8 Tage	216	105	15	22	50	408	—	7	3	—	10	67	43	11	2	8	131
9 Tage bis 1 Monat . . .	430	463	349	439	272	1 953	9	42	11	44	5	325	353	72	294	59	1 103
bis Ende des 2. Monats	387	118	240	240	112	1 097	15	27	19	21	7	533	248	119	338	81	1 319
" " 3. "	215	67		111	67		21	21		10	6	418	201		261	97	
" " 4. "	96	30		66	36		4	9		4	3	362	180		163	65	
" " 5. "	67	18		29	31		4	3		6	—	286	157		144	44	
" " 6. "	41	18		27	17		7	5		4	1	243	139		130	44	
" " 7. "		16		22	22			3	17	1	2		124		100	28	5 203
" " 8. "		98		19	7	1 556		6	1	4	—	460	110	404	72	39	
" " 9. "				9	8			—		1	2		93		69	26	
" " 10. "				8	5			3		1	1		86		60	28	
" " 11. "				5	—			1		1	2	343	91		41	7	
" " 12. "				3	—			—		—	—		47		41	—	
Summe	1 628	858	901	1 000	627	5 014	73	122	50	97	29	3 037	1 872	606	1 715	526	7 756

Tabelle III.

Aufgenommen	Brust					Flasche					Gemischte Nahrung					Total	
	Säuglingsfürsorgestelle					Säuglingsfürsorgestelle					Säuglingsfürsorgestelle						
	Summe					Summe					Summe						
	1 ¹⁾	2	3	4 ²⁾	5 ¹⁾	1 ¹⁾	2	3 ²⁾	4	5 ¹⁾	1	2	3	4	5		
Zahl der ehelichen Kinder	1 559	782	824	1 037	602	4 804	2 342	1 478	485	1 335	362	6 002	—	117	—	—	10 923
Zahl der unehel. Kinder	164	76	65	58	38	401	237	116	5	48	30	436	—	5	—	—	842
a) bei der Mutter . .	—	—	12	2	2	16	436	278	106	332	148	1 360	—	—	—	—	1 376
b) in Pflege																	
Summe	1 723	858	901	1 097	642	5 221	3 015	1 872	656	1 715	540	7 798	—	122	—	—	13 141

¹⁾ Einschl. eines Teiles der mit gemischter Nahrung ernährten Kinder.

²⁾ Einschl. aller Kinder mit gemischter Nahrung.

Tabelle IV a.

Gewährte Unterstützungen (Zahl der Fälle)

a) in Geld an stillende Mütter					Summe					b) in Milch und Nähr- mitteln zu normalen Preisen					Summe					c) in Milch und Nähr- mitteln zu ernäßigt Preisen od. umsonst					Summe					d) aus der Milchküche					Summe														
Säuglingsfürsorgestelle										Säuglingsfürsorgestelle										Säuglingsfürsorgestelle										Säuglingsfürsorgestelle										Säuglingsfürsorgestelle									
1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5															
846	621	660	880	379	3 386	648	32	425	581	312	1 998	735	656	210	665	417	2 683	336	156	14	105	—	611																										

Tabelle IV b.

Jahr	Monat	Beihilfe an stillende Mütter												Summe	
		Säuglingsfürsorgestelle													
		1		2		3		4		5 ¹⁾					
		Mk.	Pf.	Mk.	Pf.	Mk.	Pf.	Mk.	Pf.	Mk.	Pf.	Mk.	Pf.		
1906	Januar . . .	1 072	70	742	70	826	—	563	50	—	—	3 204	90		
	Februar . . .	1 457	55	692	70	880	—	670	80	—	—	3 701	05		
	März . . .	1 526	75	833	20	343	—	1 008	—	—	—	3 710	95		
	April . . .	1 738	85	807	10	1 054	40	822	60	—	—	4 422	95		
	Mai . . .	2 443	10	871	—	968	70	1 146	70	101	85	5 531	35		
	Juni . . .	2 356	10	887	50	983	—	1 215	—	229	90	5 671	50		
	Juli . . .	2 111	—	951	30	1 043	20	1 076	50	603	12	5 785	12		
	August . . .	1 910	45	1 139	25	918	90	1 249	—	797	75	6 015	35		
	September . . .	2 020	20	1 031	10	615	30	1 193	50	714	50	5 574	60		
	Oktober . . .	2 179	25	912	80	734	20	1 203	—	987	65	6 016	90		
	November . . .	2 203	40	800	10	1 279	60	1 123	50	1 040	75	6 447	35		
	Dezember . . .	2 397	30	736	95	618	80	1 130	—	1 121	10	6 004	15		
1907	Januar . . .	2 536	10	769	80	1 085	70	1 181	—	1 142	30	6 714	90		
	Februar . . .	2 043	75	778	50	740	60	998	65	1 210	60	5 772	10		
	März . . .	2 400	90	860	85	739	20	1 148	50	1 415	05	6 564	80		
Summe		30 397	40	12 814	85	12 830	60	15 730	25	9 364	57	81 137	67		

¹⁾ Am 1. Mai 1906 eingerichtet.

Tabelle IV c.

Jahr	Monat	Es wurden verteilt																	Summe
		Kindermilch (Liter)					Buttermilch (Liter)					aus der Milchbuche (Port.)							
		Säuglingsfürsorgestelle					Säuglingsfürsorgestelle					Säuglingsfürsorgestelle							
		Säuglingsfürsorgestelle					Säuglingsfürsorgestelle					Säuglingsfürsorgestelle							
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Port.		
1906	Januar	7 639	2 777 $\frac{1}{4}$	2 865	4 454 $\frac{1}{4}$	—	17 735 $\frac{1}{2}$	—	70	—	119 $\frac{1}{2}$	—	189 $\frac{1}{2}$	1 475	1 116	—	—	2 591	
	Februar	8 642	2 038 $\frac{1}{4}$	3 036 $\frac{1}{2}$	4 714 $\frac{1}{4}$	—	18 431	—	1 $\frac{1}{2}$	—	200 $\frac{1}{2}$	—	202	1 548	828	—	—	2 376	
	März	6 481	2 143 $\frac{1}{2}$	3 703 $\frac{1}{2}$	5 815	—	18 143	—	39 $\frac{1}{2}$	—	89 $\frac{1}{2}$	—	129	1 823	1 416	—	—	3 339	
	April	6 776	2 026 $\frac{1}{2}$	3 579	5 798	—	18 179 $\frac{1}{2}$	—	42	—	41	—	83	1 757	1 514	—	—	3 271	
	Mai	7 571	2 488	3 355 $\frac{1}{4}$	6 147 $\frac{1}{4}$	428	19 989 $\frac{1}{2}$	—	47	—	37 $\frac{1}{2}$	—	84 $\frac{1}{2}$	2 104	2 328	—	—	4 432	
	Juni	6 988	2 697 $\frac{1}{2}$	3 090 $\frac{1}{4}$	5 559 $\frac{1}{4}$	974	19 309	—	53	—	9	—	62	2 040	3 306	—	1 022	6 368	
	Juli	8 674	3 102	2 909	4 925	670	20 280	—	109 $\frac{1}{2}$	—	37 $\frac{1}{2}$	—	147	1 878	3 324	—	2 534	7 736	
	August	9 986	3 081 $\frac{1}{4}$	2 992 $\frac{1}{2}$	5 001	1 223	22 283 $\frac{1}{4}$	—	310 $\frac{1}{2}$	—	134 $\frac{1}{2}$	—	445	1 444	6 567	—	2 835	10 846	
	September	9 463	3 070 $\frac{1}{4}$	2 860 $\frac{1}{4}$	4 543 $\frac{1}{4}$	795	20 732 $\frac{1}{2}$	—	279	17 $\frac{1}{2}$	107 $\frac{1}{2}$	—	404	1 900	6 715	—	2 262	10 877	
	Oktober	8 908	3 057 $\frac{1}{4}$	2 694 $\frac{1}{2}$	4 240	1 820	20 719 $\frac{1}{4}$	—	274	—	60 $\frac{1}{2}$	—	334 $\frac{1}{2}$	2 331	6 125	—	1 442	9 898	
	November	7 927	3 422 $\frac{1}{4}$	2 661 $\frac{1}{2}$	4 168 $\frac{1}{2}$	3 070	21 249 $\frac{1}{4}$	—	188	—	38	—	226	2 273	4 608	10	795	7 626	
	Dezember	8 351	3 356 $\frac{1}{2}$	2 429 $\frac{1}{2}$	3 979 $\frac{1}{2}$	4 332	22 448 $\frac{1}{2}$	—	166	—	11 $\frac{1}{2}$	—	177 $\frac{1}{2}$	2 064	3 555	475	658	6 752	
1907	Januar	8 068	3 172 $\frac{1}{2}$	2 312 $\frac{1}{2}$	3 934	4 902	22 389	—	95 $\frac{1}{2}$	—	34 $\frac{1}{2}$	—	130	1 815	3 381	885	—	6 081	
	Februar	8 627	2 905 $\frac{1}{4}$	2 108 $\frac{1}{2}$	3 697 $\frac{1}{4}$	6 199	23 537 $\frac{1}{2}$	—	110	—	20 $\frac{1}{2}$	—	130 $\frac{1}{2}$	1 574	2 067	690	—	4 331	
	März	8 723	2 230 $\frac{1}{4}$	2 243 $\frac{1}{4}$	4 114 $\frac{1}{4}$	7 755	25 066 $\frac{1}{4}$	—	123	—	30	—	153	1 432	2 102	790	—	4 324	
Summe		122 824	41 569 $\frac{1}{4}$	42 841 $\frac{1}{4}$	71 091 $\frac{1}{4}$	32 168	310 494	—	1 908 $\frac{1}{2}$	17 $\frac{1}{2}$	971 $\frac{1}{2}$	—	2 897 $\frac{1}{2}$	27 458	48 952	850	11 488	—	90 748

Säuglingsfürsorgestelle 1.

Tabelle Va.

Dauer der Beobachtung der Kinder	Gesamtzahl davon		Aus- geschieden, 1 Jahr alt		Weggeblieben oder ausge- scheiden vor vollendetem 1. Jahr		Abgewiesen oder über- wiesen an andere Für- sorgestellen		Verzogen		Gestorben		Bestand am 1. 4. 07	
	unter- stützt	nicht unter- stützt	unter- stützt	nicht unter- stützt	unter- stützt	nicht unter- stützt	unter- stützt	nicht unter- stützt	unter- stützt	nicht unter- stützt	unter- stützt	nicht unter- stützt	unter- stützt	nicht unter- stützt
1-8 Tage	612	1 740	4	7	407	1 591	7	28	22	8	82	55	90	51
9 Tage bis 1 Monat	344	141	22	6	149	100	4	—	15	2	65	3	89	30
bis Ende des 2. Monats	271	80	13	8	142	50	—	—	4	—	26	3	86	19
" " 3. "	192	69	21	1	101	45	2	—	6	—	16	4	46	19
" " 4. "	219	45	28	4	99	32	1	1	8	—	8	1	75	7
" " 5. "	172	27	28	1	68	14	—	1	5	—	2	—	69	11
" " 6. "	353	47	75	8	131	31	2	—	1	—	21	1	123	7
" " 7. "														
" " 8. "														
" " 9. "	402	24	303	13	91	11	—	—	2	—	1	—	5	—
" " 10. "														
" " 11. "														
" " 12. "														
Summe	2 565	2 173	494	48	1 188	1 874	16	30	63	10	221	67	583	144
	4 738													

Säuglingsfürsorgestelle 2.

Tabelle Vb.

Dauer der Beobachtung der Kinder	Gesamtzahl, davon	
	unterstützt	nicht unterstützt
1 bis 8 Tage	104	569
9 Tage bis 1 Monat	289	718
bis Ende des 2. Monats . . .	184	113
" " 3. "	163	51
" " 4. "	138	39
" " 5. "	145	16
" " 6. "	122	18
" " 7. "	76	8
" " 8. "	51	3
" " 9. "	23	2
" " 10. "	8	4
" " 11. "	5	2
" " 12. "	1	—
Summe	1309	1543

2852

Davon sind 115 gestorben.

Säuglingsfürsorgestelle 3.

Tabelle Vc.

Dauer der Beobachtung der Kinder	Gesamtzahl, davon	
	unterstützt	nicht unterstützt
1 bis 8 Tage	162	299
9 Tage bis 1 Monat	206	14
bis Ende des 2. Monats . . .	224	—
" " 3. "	193	—
" " 4. "	178	—
" " 5. "	103	—
" " 6. "	70	—
" " 7. "	46	—
" " 8. "	24	—
" " 9. "	13	—
" " 10. "	11	—
" " 11. "	9	—
" " 12. "	5	—
Summe	1244	313

1557

Davon sind 98 gestorben.

Säuglingsfürsorgestelle 4.

Tabelle Vd.

Dauer der Beobachtung der Kinder	Gesamtzahl, davon		Aus- geschieden, 1 Jahr alt		Weggeblieben		Abgewiesen		Verzogen		Gestorben		Bestand am 1. April 1907	
	unter- stützt	nicht unter- stützt	unter- stützt	nicht unter- stützt	unter- stützt	nicht unter- stützt	unter- stützt	nicht unter- stützt	unter- stützt	nicht unter- stützt	unter- stützt	nicht unter- stützt	unter- stützt	nicht unter- stützt
1 mal dagewesen	229	247	—	10	180	180	12	31	24	18	13	8	—	—
bis 2 Wochen	57	111	—	8	32	91	5	—	9	3	11	9	—	—
" 1 Monat	391	192	7	32	151	128	12	2	70	10	52	3	99	17
2 Monate	248	35	17	2	94	24	14	2	36	—	32	—	56	7
3 "	260	42	21	3	94	23	12	2	39	—	32	1	62	13
4 "	197	18	30	7	104	9	5	1	17	—	4	—	37	1
5 "	140	12	28	2	56	2	2	—	11	—	4	—	39	8
6 "	133	7	47	—	34	2	4	1	11	—	4	—	33	4
7 "	116	5	38	1	30	—	3	—	5	—	5	—	35	4
8 "	108	5	52	1	17	1	—	—	7	—	1	—	31	3
9 "	102	7	54	2	12	—	3	—	8	—	3	—	22	5
10 "	74	2	54	1	8	—	—	—	1	—	4	—	7	1
11 "	45	—	43	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
12 "	26	3	26	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Summe	2126	686	417	71	812	460	72	40	238	31	165	21	422	63
	2812													

Säuglingsfürsorgestelle 5.

Tabelle Ve.

Beobachtungsdauer	Gesamtzahl, davon		Ausgeschieden, 1 Jahr alt		Weggeblieben		Abgewiesen		Verzogen		Gestorben		Bestand am 1. April 1907	
	unterstützt	nicht unterstützt	unterstützt	nicht unterstützt	unterstützt	nicht unterstützt	unterstützt	nicht unterstützt	unterstützt	nicht unterstützt	unterstützt	nicht unterstützt	unterstützt	nicht unterstützt
1 bis 8 Tage	82	65	—	1	62	30	10	25	2	—	8	9	—	—
9 Tage bis 1 Monat . . .	197	11	8	1	56	7	10	2	8	—	13	1	102	—
bis Ende des 2. Monats . .	166	5	6	—	46	5	11	—	8	—	10	—	85	—
" " 3. "	181	3	18	—	90	3	7	—	5	—	9	—	112	—
" " 4. "	122	1	10	1	13	—	3	—	1	—	6	—	89	—
" " 5. "	98	—	8	—	16	—	1	—	2	—	1	—	70	—
" " 6. "	91	—	11	—	15	—	3	—	2	—	1	—	59	—
" " 7. "	45	—	15	—	1	—	1	—	—	—	—	—	28	—
" " 8. "	47	—	15	—	5	—	—	—	—	—	—	—	27	—
" " 9. "	37	—	17	—	3	—	—	—	—	—	1	—	16	—
" " 10. "	19	—	12	—	—	—	—	—	—	—	1	—	6	—
" " 11. "	12	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—
" " 12. "	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Summe	1097	85	127	3	247	45	46	27	28	—	50	10	599	—
	1182													

Säuglingssterblichkeit und Kostkinderwesen in Mecklenburg-Schwerin.

Von

Dr. med. Hermann Brüning,

Privatdozent für Kinderheilkunde und Oberarzt der medizinischen
Universitäts-Kinderklinik und Poliklinik zu Rostock.

Die Veranlassung zu den folgenden Untersuchungen über Säuglingssterblichkeit und Kostkinderwesen in Mecklenburg gab eine in dieser Zeitschrift (Bd. I, 1906/07) in Gemeinschaft mit Dr. Balck publizierte statistische Arbeit über „Säuglingssterblichkeit in Rostock“. Durch die genannte Veröffentlichung, in welcher wir auf Grund standesamtlichen, durch die offiziellen Sterbelisten ergänzten Materiales feststellen konnten, daß von den 1681 im Jahre 1904 in der Stadt Rostock (d. h. also nach Abzug der „auswärtigen“) lebendgeborenen Kindern, insgesamt 16,95 %, vor Ablauf des ersten Lebensjahres wieder dahinstarben, ergab sich nämlich, daß die Mortalität der ehelichen Säuglinge nur 15,64 %, diejenige der unehelichen jedoch 24,05 % betrug. Die in den beiden letztgenannten Zahlen zum Ausdruck kommende Differenz zu Ungunsten der illegitimen Säuglinge war zwar von vornherein zu erwarten, mußte aber immerhin bei den sonst relativ günstigen Lebens- und Mortalitätsverhältnissen in Rostock als eine auffallende bezeichnet werden, so daß es wünschenswert erschien, einmal den ursächlichen Bedingungen nachzuforschen. Eine derartige Untersuchung erforderte nun zunächst einen Vergleich der einschlägigen Verhältnisse der Stadt Rostock und des Landes Mecklenburg mit anderen Städten und Landesteilen Deutschlands, um etwaige Unterschiede deutlicher zu machen. Auf der folgenden Tabelle A, für deren Überlassung ich dem Großherzogl. Statistischen Amt in Schwerin zu Dank verpflichtet bin, sind die Mortalitätsverhältnisse der ehelichen und unehelichen Säuglinge in Mecklenburg-Schwerin, einigen deutschen Bundesstaaten bez. angrenzenden Provinzen, sowie für die Großstädte Berlin und Hamburg verzeichnet und zwar in ihrem Prozentverhältnis zu den Lebendgeburten:

- a. für die einzelnen Jahre 1901—1905 und
b. für den gesamten 5jährigen Zeitraum von 1901—1905.

Tabelle A.

Land	Säuglingstodesfälle auf 100 Lebendgeburten											Zusammen 1901 - 1905	
	eheliche					uneheliche							
	1901	1902	1903	1904	1905	1901	1902	1903	1904	1905	E.	U.	
Deutsches Reich . .	19,4	17,3	19,3	18,6	19,4	33,9	29,3	32,7	31,4	32,6	18,8	32,0	
Preußen	18,8	16,2	18,4	17,5	18,7	35,6	29,6	33,7	32,0	34,4	17,9	33,1	
Stadt Berlin	19,9	16,3	17,9	18,3	19,0	36,6	28,4	30,1	29,2	28,7	18,3	30,6	
Mecklenburg-Schwerin	18,1	13,4	16,2	15,3	17,3	29,4	20,5	24,7	25,3	27,0	16,1	25,4	
Mecklenburg-Strelitz .	21,7	16,8	20,3	21,6	22,0	37,9	28,0	27,9	30,9	30,3	20,5	31,0	
Großherzogt. Oldenburg	11,8	10,9	12,6	12,4	12,5	29,8	22,7	26,9	20,6	22,0	12,0	24,4	
Provinz Pommern . .	22,4	17,7	21,2	19,2	22,7	34,1	28,9	31,8	29,6	34,6	20,6	31,8	
Schleswig-Holstein . .	16,1	13,0	14,1	13,9	15,1	34,1	26,5	31,4	29,2	31,2	14,4	30,5	
Stadt Hamburg . .	17,9	13,4	15,6	14,9	15,4	34,6	25,9	32,7	28,8	29,5	15,4	30,3	

Aus der vorstehenden Tabelle ergibt sich, was die ehelichen Säuglinge anlangt, daß sowohl in den Einzeljahren, als auch für den Gesamtzeitraum von 1901—1905, nicht nur in der Provinz Schleswig-Holstein und im Großherzogtum Oldenburg, sondern auch in der Großstadt Hamburg die Mortalität der Säuglinge hinter derjenigen Mecklenburg-Schwerins zurückbleibt und zwar in Oldenburg um 3—5 %, in Hamburg um höchstens 1,9 %, so daß Mecklenburg-Schwerin mit 16,1 %, im Verhältnis zu den genannten und den übrig bleibenden eine Mittelstellung einnimmt.

Bei den unehelichen Säuglingen stehen die beiden Großherzogtümer Oldenburg und Mecklenburg-Schwerin mit 24,4 und 25,4 % an günstigster Stelle, während die zum Vergleich herangezogene Stadt Hamburg und die Provinz Schleswig-Holstein mit 30,3 und 30,5 % hohe Ziffern aufweisen.

Anders lauten aber die Resultate, wenn man die Durchschnittswerte für die 5jährige Zeitperiode für eheliche und uneheliche Säuglinge in Beziehung bringt; es ergibt sich dann das auffallende Resultat, daß in dem bezüglich der Mortalität der ehelichen Säuglinge so günstig dastehenden Oldenburg, Schleswig-

Holstein und Hamburg das Verhältnis das ungünstigste wird, indem hier auf je einen ehelichen zwei und mehr (Schleswig-Holstein!) Sterbefälle bei unehelichen Säuglingen entfallen, während dieses Verhältnis in Mecklenburg-Schwerin mit 16,1:25,4% nur 1:1,58 beträgt, ein Wert, der ungefähr demjenigen von ganz Deutschland und der Reichshauptstadt Berlin mit 1:1,7 entspricht.

Ungünstig im Vergleich zu Mecklenburg-Schwerin — es sei dies nur beiläufig erwähnt — steht in jeder Beziehung Mecklenburg-Strelitz, welches nicht nur im Jahre 1901 mit 37,9% die höchste Mortalität unehelicher Säuglinge in den angeführten Bezirken überhaupt aufweist, sondern auch in allen Einzeljahren und namentlich im Gesamtzeitraume um 4—5% die entsprechenden Werte für Mecklenburg-Schwerin übertrifft, ein Verhalten, in welchem es mit der Provinz Pommern ziemlich genau harmonisiert.

Die im Vorigen für das Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin angegebenen Sterblichkeitsziffern erhalten nun eine ganz andere Bedeutung, sobald man die Zahlen für „Stadt“ und „Land“ gesondert betrachtet, wie es in der nachfolgenden Tabelle B für je fünfjährige Zeiträume vom Jahre 1876 an, sowie endlich für den 30jährigen Zeitraum von 1876—1905 einschließlich geschehen ist. Auch diese Tabelle wurde mir vom Großherzogl. Statistischen Amt in Schwerin in dankenswerter Weise zur Benutzung freigegeben.

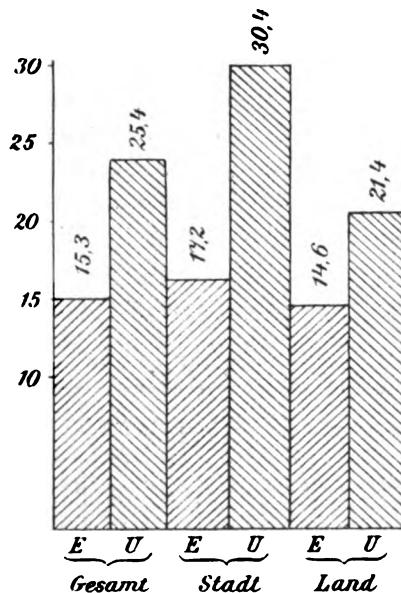
Tabelle B.

	Prozent der Säuglingstodesfälle auf Lebendgeborene													
	1876—80		1881—85		1886—90		1891—95		1896—1900		1901—1905		1876—1905	
	E.	U.	E.	U.	E.	U.	E.	U.	E.	U.	E.	U.	E.	U.
Zusammen	14,6	24,7	14,3	23,8	14,9	25,2	16,7	27,0	15,0	26,1	16,1	25,4	15,3	25,4
Stadt . .	16,0	31,3	15,6	29,0	16,0	32,0	17,2	31,8	14,1	28,9	16,4	29,3	17,2	30,4
Land . .	12,4	20,1	13,3	20,2	13,9	19,0	16,1	23,1	16,0	23,8	15,7	22,4	14,6	21,4

Auf dieser Tabelle, welche für die 6 fünfjährigen Perioden bei ehelichen und unehelichen Säuglingen ein unregelmäßiges Schwanken der Mortalitätskurve, ebenso wie für die Gesamtwerte des Landes, so auch für „Stadt“ und „Land“ getrennt erkennen läßt, geht aber für die Gesamtzeit von 1876—1905 hervor, daß die Städte den Hauptanteil an der Säuglingssterblichkeit für beide

Kategorien zu tragen haben, und daß nur 2,6 % Todesfälle mehr bei ehelich geborenen Stadtkindern vorkommen gegenüber den Landsäuglingen, während dieser Unterschied bei den unehelichen 9 % beträgt, d. h. also $3\frac{1}{2}$ mal so groß ist.

Die angedeuteten Differenzen werden durch folgende Säulenreihen noch anschaulicher gemacht, welche gleichzeitig beweisen, daß das Verhältnis der ehelichen zu den unehelichen Todesfällen für die erwähnten Landesteile 1:1,66, 1:1,77 und 1:1,47 beträgt, d. h. also, daß in der Stadt die relativ größte Sterblichkeit der unehelichen Kinder im Vergleich zu den ehelich Geborenen während der Säuglingsperiode besteht.



Eine weitere Tabelle C, deren Rubriken ich zum Teil dem Mecklenburgischen Staatskalender für 1906 entnehme, gibt uns für das Jahr 1905 Auskunft über die einschlägigen Fragen in den 12 mecklenburgischen Aushebungsbezirken, so daß hierdurch die Verteilung der Geburten und Todesfälle, sowie deren Verhältnis zur Zahl der Eheschließungen und der Einwohnerzahl für die verschiedenen Distrikte innerhalb des Großherzogtumes ohne Trennung nach „Stadt“ und „Land“ ersichtlich wird.

Tabelle C.

Nr.	Aushebungs- bezirk	Ein- wohner	Lebendgeburten			Eheschließungen	Verhältnis der unehelichen zu den ehelich Geborenen	Anzahl der unehelichen Geburten pro 1000 Einw.	Zahl der unehelichen Geburten pro 100 Ehe- schließungen	Zahl der Lebendgeborenen zur Eheschließung	Zahl der Eheschließungen pro 1000 Einw.	Zahl der Lebendgeborenen pro 1000 Einw.
			zusam- men	ehelich	unehelich							
1.	Rostock . . .	89 883	2382	2000	382	659	1 : 5,2	4,2	58	3,6 : 1	7,3	26
2.	Schwerin . . .	74 089	1779	1614	165	566	1 : 9,8	2,2	29	3,1 : 1	7,6	24
3.	Wismar . . .	55 025	1638	1366	172	424	1 : 7,9	3,1	41	3,6 : 1	7,7	28
4.	Hagenow . . .	51 845	1373	1225	148	459	1 : 8,3	2,8	32	3 : 1	8,8	25
5.	Ludwigslust . .	49 997	1346	1230	126	367	1 : 9,7	2,5	34	3,7 : 1	7,3	27
6.	Güstrow . . .	49 194	1313	1136	177	401	1 : 6,4	3,6	44	3,3 : 1	8,2	27
7.	Malchin . . .	48 173	1392	1241	151	361	1 : 8,2	3,1	42	3,9 : 1	7,5	29
8.	Waren . . .	46 089	1348	1201	147	347	1 : 8,2	3,2	42	3,1 : 1	7,5	29
9.	Doberan . . .	46 033	1290	1145	145	349	1 : 8	3,1	41	3,7 : 1	7,6	28
10.	Parchim . . .	44 093	1136	996	140	325	1 : 7,1	3,2	42	3,5 : 1	7,4	26
11.	Grevesmühlen .	35 801	984	802	182	272	1 : 6,1	3,7	50	3,4 : 1	7,6	26
12.	Ribnitz . . .	34 873	978	890	88	271	1 : 10,1	2,5	33	3,6 : 1	7,7	28

Wir sehen aus der angeführten Tabelle, daß im Jahre 1905 die Zahl der Eheschließungen, berechnet auf je 1000 Einwohner in Hagenow und Güstrow mit 8,8 und 8,2 am größten, in Ludwigslust und Rostock mit 7,3 am geringsten gewesen ist, und daß die übrigen Bezirke eine mittlere Zahl aufweisen derart, daß z. B. Schwerin unter, Güstrow über dem wirklichen Mittelwert 8,1 ‰ bleibt. Umgekehrt verhält sich aber die Frequenz der Lebendgeburten zu den Eheschließungen, so daß ein ziemlicher Gegensatz zwischen beiden die Folge ist (s. z. B. Hagenow und Güstrow bez. Ludwigslust, Rostock und Malchin).

Was nun das Verhältnis der ehelichen Geburten zu den unehelichen anlangt, so ist dasselbe am ungünstigsten mit 5,2:1, 6,1:1 und 6,4:1 in Rostock, Grevesmühlen und Güstrow, am vorteilhaftesten dagegen in Ludwigslust, Schwerin und Ribnitz, wo erst auf 9—10 eheliche Geburten eine uneheliche entfällt. Dementsprechend beträgt auch die Zahl der unehelichen Geburten pro 1000 Einwohner in Schwerin und Ribnitz nur 2,2 bzw. 2,5, während dieselben Werte für Grevesmühlen und Güstrow 3,7 bzw. 3,6, für Rostock sogar 4,2 und die zugehörigen unehelichen Geburten pro 100 Eheschließungen 29 und 33, bzw. 50 und 40, für Rostock sogar 58 betragen.

Der Aushebungsbezirk Rostock steht demnach trotz geringer Zahl der Eheschließungen pro 1000 Bewohner, trotz mittlerer Frequenz der Lebendgeburten pro Eheschließung und trotz ziemlich günstiger Zahl der lebend zur Welt gelangenden Säuglinge pro 1000 Einwohner, was die Zahl der unehelichen Geburten pro Eheschließung und Einwohnerzahl angeht, mit 0,58 ‰ und 4,2 ‰, sowie mit dem Verhältnis von 1:5,2 der unehelichen zu den legitimen Geburten am allerungünstigsten da, so daß ein Vergleich der größeren Städte des Landes nach ähnlichen Prinzipien notwendig erscheint, um festzustellen, ob etwa mit der Größe der in den einzelnen Bezirken liegenden größeren Städte die Säuglingssterblichkeit ehelicher und unehelicher Kinder regelmäßigen Schwankungen unterliegt. Diese Berechnung enthält die nächstfolgende Tabelle D.

Als das Resultat der eben erwähnten auf die Jahre 1905 und 1906 zugleich berechneten Zusammenstellung kann für die 4 mecklenburgischen Städte mit mehr als 15000 Einwohnern folgendes gelten:

Tabelle D.

Jahr	Stadt	Ein- wohner- zahl	Gesamt- säuglingssterblichkeit in % zu Lebendgeburten	Sterblichkeit in % bei den ehelichen Säuglingen	Sterblichkeit in % bei den unehelichen Säuglingen	Sterblichkeit der Säuglinge in beiden Jahren zusammen			Verhältnis der ehel. und unehel. Todesfälle in %	Zahl der Lebendgeburten	Uneheliche Geburten	Gesamtzahl der Säuglings- todesfälle	Zahl der unehelichen Geburten pro 1000 Einw.	Zahl der Säuglingstodesfälle pro 1000 Einw.	Zahl der Lebendgeburten pro 1000 Einw.	Verhältnis der ehelichen zu den unehel. Lebendgeburten
						alle	eheliche	uneheliche								
1905	Rostock	60 285	16,71	15,92	20,42	16,66	15,64	21,51	1:1,38	1672	293	279	4,8	4,6	27	4,7:1
1906		61 500	16,61	15,35	22,59											
1905	Schwerin	41 391	13,59	12,97	22,03	14,34	13,46	26,27	1:1,95	862	59	124	1,4	3,0	21	14:1
1906		41 973	15,08	13,95	30,51											
1905	Wismar	21 877	17,15	16,31	24,19	18,38	17,34	28,76	1:1,66	600	57	110	2,6	5,0	27	10:1
1906		22 098	19,61	18,36	33,33											
1905	Güstrow	17 140	16,46	15,17	26,09	16,13	14,32	31,34	1:2,19	403	45	65	2,6	3,8	24	8:1
1906		17 194	15,8	13,46	36,59											

1. Die Gesamtsäuglingssterblichkeit ist, wie schon früher für ganz Mecklenburg angegeben, eine mittlere (15—20%), jedoch ist dieselbe in Wismar als der zweitkleinsten Stadt mit 18,38% größer als in den drei übrigen.

2. Für die ehelichen Geburten gilt das gleiche; auch hier übertrifft Wismar mit 17,34% den nächsthöheren Wert Rostocks mit 15,64% um 1,7%.

3. Die Mortalität der unehelichen Säuglinge nimmt mit der Größe der Stadt ab und schwankt zwischen 31,34% bei Güstrow und 21,51% bei Rostock (Differenz etwa 10%!!).

4. Das Prozentverhältnis der ehelichen zu den unehelichen Todesfällen bei Säuglingen nimmt mit der Abnahme der Einwohnerzahl der Städte zu, so daß Rostock mit 1:1,38 am günstigsten, das $3\frac{1}{2}$ mal kleinere Güstrow mit 1:2,19 am ungünstigsten dasteht, aber, was hervorgehoben werden muß, die Haupt- und Residenzstadt Schwerin mit 1:1,95 nur wenig übertrifft.

5. Auch die Zahl der unehelichen Geburten pro 1000 Einwohner ist in der Residenzstadt Schwerin mit 1,4 eine außerordentlich geringe gegenüber 2,6 bei Wismar und Güstrow bzw. 4,8 bei Rostock (in letzterem mehr als 3mal so groß!).

6. Die Zahl der Lebendgeburten und der Säuglingstodesfälle pro 1000 Einwohner ist in den beiden Seestädten Wismar und Rostock am größten; Schwerin steht auch in dieser Hinsicht am allergünstigsten mit 21 Geburten und 3,0‰ Todesfällen bei Säuglingen da.

7. Das Verhältnis der ehelichen zu den unehelichen Lebendgeburten ist wiederum in Schwerin am günstigsten mit 1:14, nimmt in Güstrow mit 1:8 eine Mittelstellung ein und beträgt in Rostock 1:4,7, d. h. hier kommt schon auf weniger als 5 Lebendgeborene ein illegitimes Kind.

Die aus der letzten Tabelle D gezogenen interessanten Schlußfolgerungen geben zu denken, und es erhebt sich zunächst die Frage: „Weshalb steigt die Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge mit dem Kleinerwerden der mecklenburgischen Städte an, während diese Tatsache bei den ehelichen zu vermissen ist?“

Ein Anwachsen der Zahl unehelicher Geburten im Verhältnis zur Einwohnerzahl ist nicht daran schuld, wie sich aus der obigen Tabelle ohne weiteres ergibt. Zunehmende körperliche Minderwertigkeit und Widerstandslosigkeit dieser unehelichen Säuglinge anzunehmen, auf welche Selter (Zentralbl. f. allg. Ges., 1907, 26. Jahrg.) neuerdings nochmals aufmerksam macht, mag für einzelne der Unglücklichen zutreffen, darf aber sicherlich nicht verallgemeinert werden und läßt sich unter keinen Umständen in der hier erforderlichen Gleichmäßigkeit beobachten. Auch Erwerbstätigkeit der Mutter, Wohnungs-, tellurische und klimatische Verhältnisse können kaum eine solch wichtige Rolle spielen, daß so erhebliche Unterschiede die Folge sein müssen. Vielleicht haben aber die unehelich Geschwängerten in den kleineren Städten weniger Gelegenheit zu sachgemäßer und den hygienischen Anforderungen genügender Abhaltung von Geburt und Wochenbett? Dieser Fakt ist für unsere Stadt Rostock mit der Universitäts-Frauenklinik und dem Haus „Elim“ für erstmalig Gefallene zweifellos von einiger, jedoch keineswegs zu überschätzender Bedeutung, insofern als in dem letzteren Mutter und Kind längere Zeit gemeinsam verbleiben können und hierdurch eine Anzahl von Säuglingen bei natürlicher Ernährung gerade über die gefährlichste Periode ihres jungen Lebens hinweggebracht wird. Andererseits darf man aber nicht verkennen, daß viele unehelich Geschwängerte es vorziehen, in Familien, Privatentbindungsanstalten oder auch bei Hebammen Unterkunft zu suchen, um bald nach erfolgtem Partus ihr Kind in Pflege zu geben und selbst wieder ihre notgedrungen unterbrochene Arbeit. — meist handelt es sich ja erfahrungsgemäß um in Stellung befindliche Personen, wie Schnitterinnen, Dienstmädchen, Köchinnen, Ladenmädchen, Wirtschaftserinnen u. dgl., die ihr Kind nicht bei sich behalten können — aufzunehmen, und daß in all diesen Fällen weniger die sachgemäße Hilfe bei und unmittelbar nach der Geburt fehlt, als hinterher, wenn das Kind bei fremden Leuten untergebracht ist, eine regelmäßige und sachkundige Überwachung der körperlichen und geistigen Entwicklung des Pfleglings vermißt wird, eine Fürsorge, die um so notwendiger ist, je jünger das Kind.

Damit kommen wir zum zweiten Teile der vorliegenden Arbeit.

Wir bezeichnen alle Kinder, welche in Pflege untergebracht werden müssen, als „Zieh“- oder „Kostkinder“.

Wir werden also in diese Kategorie nicht nur die bei Angehörigen der Mutter oder in sonstiger Pflege untergebrachten unehelichen, sondern auch alle diejenigen Kinder hineinzubeziehen haben, welche aus irgendeinem Grunde öffentlicher Fürsorge dauernd oder vorübergehend anheimfallen (Waisenkinder, verlassene und solche armenunterstützter Eltern). Es kann nicht geleugnet werden, daß bis vor kurzem das an und für sich schon beklagenswerte Schicksal dieser unglücklichen Kinder vielfach ein ganz trostloses gewesen ist. So erreichten, um nur ein einziges Beispiel anzuführen, nach Neumanns Berechnungen in Berlin in den Jahren 1896—1899 von 1000 Lebendgeborenen überhaupt 752 das zweite Lebensjahr, während von 1000 Unehelichen nur 538 und von 1000 in Kostpflege gegebenen Waisensäuglingen gar nur 239 das erste Lebensjahr vollendeten.

Was soll nun aber im Interesse der genannten Säuglinge geschehen?

Die durch das B. G. B. vorgeschriebene Überwachung unehelicher Kinder durch Vormund und Gemeindewaisenrat, sowie die für der öffentlichen Armenpflege anheimgefallene Kinder bestehende Kontrolle durch Armenpfleger hat sich aus später zu erörternden Gründen für das frühe Kindesalter nicht mehr als hinreichend erwiesen, so daß einzelne Länder und Städte selbständig in der Organisation des Ziehkinderwesens vorgegangen sind. In Mecklenburg-Schwerin bestehen nach Angabe des verdienstvollen Leiters der Charité, des Herrn Geh. Rat Pütter (s. Pütter, E., Das Ziehkinderwesen, Leipzig 1902) keine allgemein gültigen Vorschriften zur Regelung des Haltekinderwesens.

Es mußte darum von Interesse sein, sich darüber zu informieren, ob eventuell in einzelnen Städten einschlägige Verordnungen getroffen worden sind. Letzteres wurde mir ermöglicht durch das Entgegenkommen der einzelnen Stadtverwaltungen, welche mir bereitwilligst auf eine dahinlautende Anfrage Auskunft gaben und vorhandene Druckvorschriften zur Verfügung stellten. Zur besseren Orientierung teile ich, ohne auf die auf dem Lande herrschenden Verhältnisse einzugehen, die Orte in zwei Gruppen, von denen die erstere Städte mit 5—15000, die letztere die Städte mit mehr als 15 000 Einwohnern umfaßt.

Von den Orten mit 5—15000 Einwohnern bin ich in der Lage über sämtliche außer Grabow Mitteilungen zu machen. Es ergab sich folgendes:

Bützow: Alle Kostkinder durch das Armenpflegeamt (Distriktsarmenpfleger) „überwacht“.

Doberan: Die auf Kosten der Armenkasse untergebrachten unehelichen (Kost-) Kinder werden von den Armenpflegern monatlich besucht und in der nächsten (in eiligen Fällen sofort) Sitzung des Armenkollegiums beim Vorsitzenden Bericht erstattet. In den letzten 10 Jahren waren alljährlich 14 uneheliche Kinder in Pflege, von denen 2 an Tuberkulose bzw. allgemeiner Schwäche im Alter von 3 bzw. 8 Jahren starben.

Pflegesätze: 1. Jahr 140 Mk.

2. „ 120 „

3.—6. „ 100 „

6.—14. „ 80 „

Ludwigslust: Keine Kostkinderordnung. „Unterbringung und Lebenshaltung“ unehelicher der A. O. angehöriger Kinder durch Armenpfleger, die der übrigen durch die Vormünder bewerkstelligt.

Malchin: Besondere Aufsicht fehlt.

Teterow: Armenpfleger verpflichtet, „sich in unregelmäßigen Zeiträumen nach den von ihnen auf Kosten der A. O. untergebrachten Kindern umzusehen und über etwaige Unregelmäßigkeiten zu berichten“. Besondere Aufsicht aller unehelichen Kinder fehlt. Im Unterbringungsvertrag: Für „kleine Kinder“ § 3 angemessen auszufüllen. Neuordnung erwogen!

Waren: Gemeindewaisenrat.

Parchim: Uneheliche Kinder: 3 Gemeindewaisenräte und Polizeibeamte. Meist vom Lande zuziehende unverheiratete Frauen pflegen sich, ohne durch Ortsstatut gezwungen zu sein, auf der Polizeiregistratur zu melden. Dort genaue Nachforschung nach Personalien, Unterstützungswohnsitz, Geldmittel, Zeit der Geburt usw. Sind die Personen, welche die Frauen zur Niederkunft aufnehmen wollen, nicht bekannt, Prüfung der Verhältnisse durch den Stadtwachtmeister. Nach der Geburt, oder wenn Mütter mit Kindern zuziehen, oder wenn Personen die Aufnahme von Kostkindern anzeigen, polizeiliche Prüfung und Meldung an den Gemeindewaisenrat. Sorgfältige Aktenführung; Feststellung, ob Vormund ernannt. Sobald dies geschehen, nur bei Auftreten von Mißständen polizeiliches Eingreifen.

Für uneheliche Kinder, denen Armenunterstützung bewilligt wird, Benachrichtigung der Polizei behufs Feststellung

des Unterstützungswohnsitzes. Armenpfleger in Gemeinschaft mit Polizeibehörde.

Modernisierung erwogen!

Betrachten wir die im vorigen kurz mitgeteilten Einrichtungen zum Schutze der Kostkinder, so ergibt sich, daß fast allenthalben Vormündern (bzw. dem Gemeindewaisenrat) oder Armenpflegern die Beaufsichtigung übertragen ist. Wenn nun auch unter den obwaltenden Umständen in den Kleinstädten die Übersichtlichkeit keine besonderen Schwierigkeiten machen wird, so muß doch andererseits betont werden, daß die Bestimmungen vielfach sehr allgemeiner Natur sind und daß z. B. den am meisten gefährdeten Säuglingen keine besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird und seitens der in der Kinderpflege unerfahrenen männlichen Aufsichtspersonen auch kaum in wünschenswertem Maße geschenkt werden kann. Gerade im frühesten Kindesalter spielen jedoch die Fragen der Ernährung, der Reinhaltung und der Wartung des Kostkinds eine so wichtige Rolle, daß nach Ansicht berufener Kenner nur eine regelmäßige ärztliche Überwachung im Verein mit behördlichen Maßnahmen die Kinder vor Krankheiten aller Art und damit vielfach auch vor dem Verderben zu behüten in der Lage ist. Eine derartige Kontrolle fehlt an allen in Rede stehenden Orten.

Im übrigen sind die Bestimmungen lediglich auf ältere Kinder zugeschnitten, deren Beköstigung z. B. in dem Teterower „Unterbringungsvertrag“ genau geregelt wird, und von denen die Kostgeber „außerhalb der Schulzeit eine den Kräften angemessene Arbeit zu verlangen berechtigt sind“. Daß die getroffenen Anordnungen nicht überall befriedigen, gibt sich durch die geäußerten Reformgedanken der Behörden zu erkennen (Parchim, Teterow). So scheint z. B. in Parchim — an den andern Orten dürften die Verhältnisse ähnlich liegen — der Hauptmißstand darin zu bestehen, „daß die weiblichen Dienstboten und Schnitterinnen vom Lande mit Vorliebe gegen billiges Entgelt zur Ablegung des Wochenbettes zuziehen und dann das Kind in ungeeigneter Pflege unterbringen“. Wenn nach alledem „die Sterblichkeitsziffer vermutlich keine geringe sein wird“, so beweist gerade dieser Umstand, wie reformbedürftig die ganze Frage des Kostkinderwesens, was das Säuglings- und frühe Kindesalter anlangt, in den genannten Orten sein muß.

Wie sieht es nun im Gegensatz zu den Kleinstädten in den

4 mecklenburgischen Städten mit mehr als 15000 Einwohnern hinsichtlich des Kostkinderwesens aus?

In Güstrow, dessen hohe Sterblichkeit unehelicher Säuglinge im Verhältnis zu den ehelichen oben mehrfach hervorgehoben wurde, besteht ein „Statut betr. die Annahme von Kostkindern vom 17. Juli 1893“. Nach diesem Statut (§ 1) gibt es 3 Gruppen von Kostkindern:

1. solche, welche noch nicht schulpflichtig sind,
2. solche, welche schulpflichtig sind, aber
 - a) wegen Krankheit
 - b) aus einem sonstigen Grunde
3. solche, welche die Armenfreischule besuchen sollen.

Die Annahme derartiger Kinder gegen Entgelt ist von der Erlaubnis der Polizeibehörde und dem vorher eingeholten Gutachten des Vorsitzenden des Armeninstitutes über die Koststelle abhängig, denen auch die weitere Überwachung des Kindes zusteht. Bis hierher sind die Bestimmungen — von der sonderbaren Art der Klassifizierung der Kinder abgesehen — den auch anderswo geltenden ähnlich. Nun kommt aber in der Verordnung ein Paragraph, der m. E. die durch das Statut beabsichtigte Überwachung der Kinder illusorisch macht oder doch auf einige wenige beschränkt. Der § 11 lautet nämlich: „Dieses Statut findet keine Anwendung auf Kinder,

welche Nachkommen der sie in Pflege nehmenden Personen sind oder

für welche das Armeninstitut Fürsorge trägt oder welche polizeilich untergebracht werden“.

Besser als in Güstrow lauten die „neuen“ Bestimmungen für einen Teil der Kostkinder in der nächst größeren Stadt Wismar. Hier stehen die unehelichen Kostkinder unter Kontrolle des Gemeindewaisenrates, werden fortlaufend besucht und über ihr Ergehen $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ jährlich berichtet.

Die Kostkinder der Armenanstalt dagegen werden durch Armenpfleger und Krankenschwester kontrolliert. Außerdem haben die Kinder sich zweimal im Jahre dem Armenarzte vorzustellen, in dessen Gegenwart die Kinder bis zu 4 Jahren gewogen werden.

Die jährlichen Verpflegungssätze für die letzteren sind folgende:

Lebensjahr	mit Wohnung, Kost und Kleidung	mit Wohnung und Kost, ohne Kleidung
1. und 2.	150 Mk. (120)	138 Mk. (108)
3. und 4.	120 „ (108)	108 „ (96)
5. bis 12.	108 „ (96)	84 „ (72)
12. bis Konfirmation	84 „	60 „

(Die eingeklammerten Zahlen sind die alten Kossätze vom 17. März 1900.)

Diese Kostgeldersätze können nach § 4 der „Bedingungen für die Unterbringung von Kostkindern von der Armenanstalt Wismar vom 1. Januar 1906“ bei Kränklichkeit oder sonstigen die Unterbringung erschwerenden Eigenschaften des Kindes ausnahmsweise erhöht werden. Ärztliche Hilfe, Arznei, Beerdigungskosten gewährt, wie auch anderswo, die Armenanstalt. Auf das frühe Kindesalter nimmt die Wismeraner Kostkinderverordnung noch insofern Rücksicht, als sie in § 7 die Kosteltern verpflichtet, „den Kindern im 1. und 2. Lebensjahre die erforderliche gute Milch zu gewähren“ und, wie vorhin bemerkt, dieselben ärztlich beaufsichtigen läßt.

In der Haupt- und Residenzstadt Schwerin, in welcher nach unsern statistischen Erhebungen das Verhältnis der illegitimen Säuglingstodesfälle zu den legitimen in den Jahren 1905/06 ein im Hinblick auf die sonstigen günstigen Werte auffallend ungünstiges war, werden alle von der Armenverwaltung untergebrachten Kostkinder mindestens alle 14 Tage einmal von den städtischen Armenpflegern besucht. Vom 7. Lebensjahre an haben die Kinder mindestens vierteljährlich beim Armenpfleger und mindestens alljährlich beim Vorsteher des zugehörigen Armenbezirktes sich vorzustellen. Die bevormundeten Kostkinder unterstehen noch der Kontrolle des Gemeindegewandensrates, der in seiner Aufgabe zum Teil durch Waisenzüchterinnen unterstützt wird. Die letzteren haben insbesondere auf den Gesundheits- und Ernährungszustand, sowie auf sonstige hygienisch wichtige Verhältnisse der Mündel zu achten und in Anlaß gebenden Fällen die Zuziehung eines Arztes zu erwirken.

Was nun endlich noch unsere Stadt Rostock als die größte des ganzen Landes anlangt, so muß auf deren Institutionen etwas

genauer eingegangen werden im Hinblick auf den wünschenswerten weiteren Ausbau der bestehenden Kostkinderüberwachung, deren Mängel sich allmählich immer mehr fühlbar machen. In Rostock ist das Kostkinderwesen durch die neue „V. O. vom 13. Februar 1903“ geregelt, welche 12 Paragraphen umfaßt, von denen m. E. § 1 der wichtigste ist. Er lautet folgendermaßen:

„Personen, welche gegen Entgelt noch nicht 6 Jahre alte Kinder in Kost und Pflege nehmen wollen (Kostkinder), bedürfen dazu für jedes Kostkind der unentgeltlich zu erteilenden Erlaubnis des Polizeiamtes. Auf diejenigen Kinder, welche Nachkommen der sie in Pflege und Kost nehmenden Personen sind und für diejenigen Kinder, für welche die Fürsorge der hiesigen öffentlichen Armenpflege eintritt oder bereits eingetreten ist, findet diese Verordnung keine Anwendung.“

Wir haben also auch in Rostock mehrere Kategorien von Kostkindern und zwar:

1. von der Armenordnung untergebrachte (eheliche und uneheliche),
2. uneheliche Kinder, von der Mutter untergebracht:
 - a) im Hause von Eltern oder „nahen Angehörigen“,
 - b) in fremder Pflege.

Die unter 1 bezeichneten Kinder werden von den Armenpflegern unter Mitwirkung der Gemeindeschwestern kontrolliert, wie es oben schon erörtert worden ist; handelt es sich um uneheliche Kinder, so erhalten sie einen Vormund und unterstehen gesetzlich außerdem noch dem Gemeindewaisenrat. Die Koststellen werden jährlich revidiert und in Krankheitsfällen von den Armenärzten Hilfe geleistet.

Die übrigen unehelichen Kinder unter 2 stehen ebenfalls unter Obhut ihrer Vormünder, des Vormundschaftsgerichtes und des Gemeindewaisenrates. Diesen Behörden stehen ehrenamtliche Waisenpflegerinnen zur Seite, deren Tätigkeit durch „Anweisung über die den Waisenpflegerinnen obliegenden Verrichtungen vom 14. Februar 1902“ geregelt wird. Ihre Aufgabe besteht darin, „bei der Beaufsichtigung von Mündeln bis zu erreichtem schulpflichtigen Alter mitzuwirken“; jedoch werden von ihnen — und gerade hier ist wohl der wundeste Punkt der ganzen Organisation — nicht alle unehelichen Kinder beaufsichtigt, sondern nur solche,

welche „bei anderen (2b) gegen Entgelt oder unentgeltlich in Pflege gegeben sind“. Es fallen also für eine regelmäßige Kontrolle nicht nur die von der unverheirateten Mutter bei Eltern oder Angehörigen in Pflege gegebenen Kinder fort, sondern nach § 1, Absatz 2 derselben Pflegerinnenanweisung soll auch eine systematische Beaufsichtigung der von der A. O. untergebrachten bevormundeten Kinder weder von seiten der Pflegerinnen noch der Waisenräte erfolgen, sondern diese lediglich Sache der Armenverwaltung sein.

Der Waisenpflegerin werden von dem Waisenrat die zu beaufsichtigenden Kinder namhaft gemacht. Spätestens innerhalb einer Woche nach erfolgter Überweisung hat die Waisenpflegerin das Kind in der Pflegestelle aufzusuchen, sich genau über diese, sowie über das Ergehen und die Behandlung des Kindes zu unterrichten und fortlaufend unter Führung eines Tagebuches an den Waisenrat bzw. Gemeindewaisenrat zu berichten. In der Beurteilung der Unterbringungsverhältnisse in der Wohnung der Kosteltern teilt sich mit der Waisenpflegerin die Polizeibehörde, welche durch einen Polizeibeamten die Wohnung besichtigen und deren Luftraum ausmessen läßt, um nach Ausfall dieser Untersuchung und ev. obergutachtlicher Äußerung des Herrn Stadtphysikus die Erlaubnis zur Haltung eines Ziehkindes zu erteilen oder zu versagen. Nach § 3, Absatz 2 der Kostkinderverordnung ist „das Halten von mehr als zwei Kostkindern, abgesehen von dem Falle, daß es sich um Geschwister handelt, regelmäßig nicht zu gestatten“, eine Maßregel, auf deren Tragweite später nochmals zurückzukommen sein wird.

Diese Mitteilungen bezüglich der Organisation des Rostocker Kostkinderwesens mögen genügen. Was leisten nun die getroffenen Anordnungen und wo sind sie verbesserungsbedürftig?

Zunächst ist das Bestehen der verschiedenen Kategorien von Kostkindern mit ihren verschiedenartigen Aufsichts- und behördlichen Instanzen in einer Stadt wie Rostock nicht mehr zeitgemäß, da hierdurch der Schriftverkehr unnötig vergrößert und eine geregelte Kontrolle außerordentlich erschwert wird, die im Interesse der Kostkinder möglichst frühzeitig erwünscht ist. Es kann nämlich unter den obwaltenden Umständen vorkommen, daß ein Kind bald von der Waisenpflegerin satzungsgemäß als „in fremder Pflege“ befindlich besucht werden muß, bald aber, wenn das Kind z. B.

der Armenordnung anheimfällt oder bei Eltern und Verwandten untergebracht werden sollte, diese Überwachung ausgeschaltet wird. Aus den doppelten Aufsichtsinstanzen erwachsen aber auch nach anderer Richtung hin Unannehmlichkeiten. So kann z. B. die Beurteilung der Wohnung durch Physikus und Waisenpflegerin zu Mißhelligkeiten führen — und derartige Fälle sind mir bekannt — wenn der Arzt die Verhältnisse für das Belassen eines Kindes in der Wohnung für genügend erachtet, während die Waisenpflegerin nach ihren Beobachtungen eine Fortnahme des Kindes für erforderlich hält und umgekehrt. Dazu kommt, daß bei den von der Mutter selbst versorgten und bei Angehörigen entgeltlich in Kost gegebenen Kindern jede Beaufsichtigung außer durch Vormund und Gemeindewaisenrat fehlt.

Was aber die Vormundschaft anlangt, so bleibt hier nicht selten manches zu wünschen übrig. Wenn ein 7wöchentliches Kind überhaupt noch keinen Vormund hat, wie mir augenblicklich wiederum ein Fall vorliegt, oder wenn in einem andern Falle in Rostock ein Vormund ernannt wird für ein Kind, welches in Schwerin oder Güstrow in Pflege sich befindet, so sind das nur einige Beweise von der Unzulänglichkeit der bestehenden Verhältnisse und reden vielleicht der Schaffung eines Berufs- oder Generalvormundes für alle zu bevormundenden Kinder das Wort, wie es durch Taubes Initiative zuerst in Leipzig geschaffen und von einer Reihe anderer Städte akzeptiert worden ist. Wenn ferner die Waisenpflegerinnen vielfach darüber klagen, daß ihnen die Mündel zu spät oder bereits mehr oder weniger schwer erkrankt gemeldet werden, so ist dies auch nicht zu verwundern, weil bei dem notwendigen Instanzenwege kostbare Zeit vergeht, Zeit, die mit der Dringlichkeit der Fälle oft in krassestem Widerspruch steht.

Daß Kostkinder namentlich als Säuglinge häufig nach kurzer Zeit ihre Koststelle wechseln, ist auch eine nicht selten beobachtete Erscheinung und jedenfalls weder dem Kostkinde förderlich, noch auch den mit seiner Fürsorge betrauten Persönlichkeiten besonders erwünscht. So ist mir ein Fall in der Erinnerung, wo ein 9monatliches Kostkind an 4—5 verschiedenen Stellen untergebracht war, bis es schließlich im Krankenhause von seinem Siechtum durch den Tod erlöst wurde. In anderen Fällen sieht man sehr deutlich, daß es den Ziehfrauen nur um das Kostgeld zu tun ist, daß sie

aber froh sind, wenn sie auf irgendeine Weise sich des Kindes entledigen können. Auch hiervon sei nur ein Fall kurz erwähnt, der ein von gutsituierter, auswärts wohnender Mutter in Rostock in Kost gegebenes uneheliches Mädchen betraf, welches von der Ziehfrau im Stiche gelassen wurde, nachdem sie gerade das Kostgeld für einen Monat einkassiert hatte. Auch dieses Kind, um welches sich nach genauester Erkundigung überhaupt niemand kümmerte, war so schwer krank, daß, als es in ärztliche Behandlung kam, sein Tod trotz aller aufgewandter Mühe nicht mehr verhindert werden konnte.

Die zuletzt angedeuteten Übelstände sind besonders dann zu befürchten, wenn gegen „einmalige Abfindung“, wie man es gelegentlich in den Tagesblättern lesen kann, die Aufnahme eines Kostkindes versprochen wird. Wie oft hier unlautere Motive mitwirken, ist nicht ohne tiefere Nachforschungen zu entscheiden, doch dürfte nach anderweitigen Erfahrungen auch hier in Mecklenburg dieser Modus Beachtung verdienen.

Man wird mir einwenden, daß in solchen Fällen doch der Vormund bzw. der Gemeindewaisenrat einschreiten muß. Den Standpunkt Pütters (Pütter, E., Die Verheimlichung und Verschleppung von Säuglingen, Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge I, 1 und Deutsche Gemeinde-Zeitung, 1906, 9), „es gibt wohl keine Behörde oder behördenähnliche Institution, die so schöne Informationen wie der Gemeindewaisenrat besitzt und dabei so völlig versagt“, will ich durchaus nicht bedingungslos akzeptieren. Es ist aber nicht zu verkennen, daß gerade diese Institution nur bei gutem Willen und regem Eifer aller Mitglieder und bei planmäßigem Zusammenwirken mit den übrigen Behörden (Armenamt, Vormundschaftsgericht, Waisenpflegerinnen, Polizeiamt) ihrer bedeutungsvollen Aufgabe gerecht zu werden vermag, und je mehr Instanzen hier bestehen, um so komplizierter und schleppender muß die Regelung jedes einzelnen Falles notgedrungen sich gestalten, so daß es hierdurch in der Tat vorkommen kann, daß Säuglinge mehr oder weniger lange unbeaufsichtigt bleiben.

Eine weitere Bestimmung der Kostkinderordnung bedarf ganz besonderer Aufmerksamkeit, nämlich diejenige der eventuellen Aufnahme mehrerer Kostkinder zugleich. Diese Erlaubnis soll nur ausnahmsweise gewährt, ja bei Geschwistern kann die Zahl 2 sogar überschritten werden. Sobald es sich um ältere Kinder handelt,

dürfte gegen ein solches Verfahren kaum etwas einzuwenden sein; sie kann aber verhängnisvoll werden bei Säuglingen oder in Familien, in denen selbst noch kleine Kinder vorhanden sind. Unter solchen Umständen ist eine ordnungsgemäße Versorgung des Kostkindes nur in den seltensten Fällen und bei wirklich sorgsamem und gewissenhaften Pflegemüttern möglich; andererseits wird aber gerade im Säuglingsalter bei ungenügender oder gar gänzlich fehlender Kontrolle die Möglichkeit im Auge zu behalten sein, daß eine arme Kostmutter, welche mehrere Kinder zugleich aufzunehmen wünscht, dies wiederum lediglich des Kostgeldes wegen tut, so daß der Verdacht besteht, daß sie den beiden Pfleglingen eine ganz ungleichmäßige Pflege angedeihen läßt und schließlich das schwächere Kind dabei zugrunde gehen muß.

Was die ehrenamtliche Tätigkeit der Rostocker Waisenspfelegerinnen anlangt, so verdient dieselbe vollste Anerkennung. Aber auch ihre Stellung ist keine ganz beneidenswerte. Abgesehen davon, daß sie immer wieder die betrübende Erfahrung machen müssen, daß ihnen die Mündel zu spät oder mit allerlei Krankheiten behaftet überwiesen werden, stoßen sie gelegentlich auch bei den Kostmüttern mit ihrem wohlgemeinten Rat hinsichtlich der Ernährung und Pflege ihrer Schutzbefohlenen auf Schwierigkeiten oder gelangen in die oben erwähnte unangenehme Kollision mit der Polizeibehörde bei Begutachtung der Wohnungsverhältnisse in der Koststelle. Wenn diese Damen trotz dieser Mißhelligkeiten mit voller Hingabe ihres verantwortungsvollen Amtes walten, so hat sich doch nach persönlicher Besprechung mit mehreren von ihnen die heutige Unzulänglichkeit der Einrichtung für Rostock, wenigstens für die ersten Lebensjahre der Kostkinder, immer mehr herausgestellt. Es dürfte auch für Rostock der Zeitpunkt gekommen sein, wo die ehrenamtlich tätigen Waisenspfelegerinnen durch in der Säuglings- und Kinderpflege, sowie in den einschlägigen verwaltungstechnischen Fragen perfekt vorgebildete beruflich anzustellende Damen abgelöst werden müssen.

Damit wäre aber nur ein kleiner Schritt vorwärts getan. Die regelmäßige Beaufsichtigung der Kostkinder durch berufliche Waisenspfelegerinnen muß durch ärztliche Oberaufsicht ergänzt werden. Durch Schaffung einer Stelle als „städtischer Ziehkinderarzt“ nach dem Muster anderer Städte (Danzig, Halle, Straßburg, Leipzig u. a.) würde die gesundheitliche Überwachung der Kost-

kinder in regelmäßigen, mit dem Alter der Pfleglinge länger werdenden Fristen ermöglicht, und zugleich eine fortlaufende Kontrolle der häuslichen Verhältnisse nach allen Richtungen hin gewährleistet werden. Wenn dann noch die bisherige Vielseitigkeit der behördlichen Instanzen durch sachgemäße Neueinrichtung beseitigt, die ganze Organisation zentralisiert würde und die bisherige Trennung der einzelnen Kostkinderkategorien fortfiel, dadurch daß nicht nur ein Teil, sondern alle gefährdeten Kinder innerhalb der ersten Lebensjahre im Sinne Pütters der systematischen Beaufsichtigung unterstellt würden, und wenn vor allem die polizeiliche Mitwirkung auf ein Minimum beschränkt bliebe, dann dürfte Rostock sich das Verdienst beimessen, etwas den modernen Anforderungen Genügendes geschaffen zu haben auf einem Gebiete, welches wie kaum ein anderes in der heutigen Zeit die Beachtung der Kommunen verdient.

Die eventuellen Bedenken gegen eine derartige Neuordnung des Rostocker Kostkinderwesens sind wohl kaum als stichhaltig anzusehen. Der Kostenpunkt, der ja eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt, darf bei der weittragenden Bedeutung der Reorganisation nicht den Ausschlag geben, zumal deshalb nicht, weil ja teilweise sicherlich nur eine Verschiebung der ganzen Geldfrage nach der Richtung hin eintreten wird, daß nach stattgehabtem Ausbau des Kostkinderwesens das Geld mehr zur Verhütung von Krankheiten und Schäden aller Art, als bis jetzt zur Krankheitsbehandlung u. dgl. ausgegeben wird. Daß ein Mangel an geeigneten Koststellen eintritt, ist auch kaum zu befürchten, wenn durch passende Belehrung den Pflegemüttern nahe gelegt wird, daß ihnen aus dem Neureglement keine lästigen Verpflichtungen erwachsen sollen, sondern daß man ihnen lediglich die Versorgung der ihnen anvertrauten Kinder erleichtern will. Gerade nach dieser Richtung hin wird sich aber durch sorgfältigste Individualisierung und Berücksichtigung des Einzelfalles, durch taktvolles Verhalten aller in Betracht kommenden Persönlichkeiten und wenn möglich auch durch angemessene Belobigung und Belohnung ein reger Eifer bei den als Kostmütter sich Meldenden wachrufen lassen, so daß sie den getroffenen Maßnahmen bald volles Vertrauen entgegenbringen.

Ich begnüge mich bei der Beschränktheit des mir zur Verfügung stehenden Raumes mit den hier gemachten kurzen Hinweisen; die Ausarbeitung der Einzelheiten gehört vor das Forum

einer Kommission von Mitgliedern sämtlicher in Betracht kommenden, mehrfach genannten Instanzen.

Bevor ich aber meine Ausführungen schließe, ist es unumgänglich nötig, noch einmal die in ganz Mecklenburg bestehenden einschlägigen Verhältnisse mit den für Rostock geltenden Einrichtungen und den hierbei als wünschenswert bezeichneten Verbesserungen zu vergleichen, um dann nochmals auf den ersten Teil der Arbeit zurückzugreifen.

Wir haben gesehen, daß in den kleineren Städten eine regelmäßige ärztliche Überwachung der Kostkinder überhaupt nicht stattfindet, und daß an den Orten, wo ausführlichere Bestimmungen zum Schutze gefährdeter Kinder erlassen sind, es sich in der Regel um der öffentlichen Fürsorge anheimfallende Kinder handelt. Für das am meisten gefährdete Säuglingsalter fehlen an allen in Betracht kommenden Kleinstädten besondere Vorschriften.

Von den 4 größeren Städten des Landes haben nur Wismar und Rostock Verfügungen erlassen, die den Bedürfnissen in etwas gerecht zu werden suchen. Während in Schwerin, Güstrow und Rostock aber wiederum jede regelmäßige ärztliche Beaufsichtigung fehlt, hat Wismar für einen Teil, nämlich für die Kostkinder der Armenanstalt die Kontrolle durch Krankenschwestern und zweimalige Vorstellung vor dem Armenarzte mit Wägung der bis zu 4 Jahre alten Kinder eingerichtet und auch in dem Kostkindervertrag die Lieferung guter Milch für Kinder der beiden ersten Lebensjahre zur Bedingung gemacht. Es gebührt also der Stadt Wismar das Verdienst unter den größeren mecklenburgischen Städten eine den heutigen Ansprüchen am ehesten genügende Kostkinderorganisation zu besitzen, deren Einrichtung durch Hinzuziehung der nicht der Armenanstalt angehörigen Kinder und vielleicht durch eine noch intensivere Beaufsichtigung aller Kostkinder durch Arzt und Krankenschwester (ev. auch eine besoldete Waisenflegerin) nach den für Rostock ausführlicher gemachten Darlegungen unschwer sich weiter vervollkommen ließe.

Wenn dann die übrigen Städte des Landes, namentlich auch die Orte mit weniger als 15000 Einwohnern sich eine ihren Verhältnissen anpassende Regelung der Kostkinderversorgung mit besonderer Berücksichtigung der ersten Lebensjahre aneignen ließen, diese Organisationen dann gegenseitig Fühlung nähmen und schließlich auch noch für die ländlichen Bezirke einheitliche

Bestimmungen geschaffen würden — dieselben dürfen nach Pütters u. a. Erfahrungen durchaus nicht vernachlässigt werden —, dann würde sicherlich die eingangs betonte relativ hohe Mortalität der unehelichen Kinder im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin in wenigen Jahren eine Abnahme zu verzeichnen haben. Vor allem aber dürfte sich für die Stadt Rostock voraussichtlich die wenn auch im Vergleich mit den übrigen Städten günstige, so doch in anbetracht der sonstigen Verhältnisse relativ hohe Sterblichkeit der unehelichen Kinder, welche wir für das Jahr 1904 mit 24,05 % berechnen konnten, auf diejenige der aus Arbeiterkreisen stammenden Säuglinge mit 17,08 % herabdrücken lassen, da ja das Kostkinderwesen hauptsächlich für die ärmeren Volksklassen von Bedeutung ist, in denen die Kinder untergebracht zu werden pflegen. Daß solche Erfolge in der Tat erzielt werden können, lehren uns die in Leipzig, Halle, Danzig usw. gemachten Erfahrungen, wo seit mehreren Jahren das Kostkinderwesen in dem angedeuteten Sinne reorganisiert worden ist.

Nun wird man aber vielleicht nicht mit Unrecht fragen: Hat denn wirklich gerade die reformbedürftige Kostkinderorganisation in Mecklenburg den mehrfach angenommenen Einfluß auf die Höhe der Sterblichkeit bei den unehelichen Säuglingen? Dies kann kaum bezweifelt werden, da die unehelichen Kinder ein Hauptkontingent der in fremder Pflege befindlichen abgeben und da erfahrungsgemäß gerade diese Kinder um so mehr gefährdet erscheinen, je jünger sie sind.

Auch die Wismarer Verhältnisse sprechen für die obige Annahme, insofern als hier bei der vorstehend geschilderten, relativ günstigen Organisation des Kostkinderwesens mit ärztlicher Kontrolle eines Teiles der Pflegekinder das Verhältnis der Todesfälle der ehelichen zu den unehelichen nur 1:1,66 beträgt, während in Schwerin und Güstrow wir mit 1:1,95 und 1:2,19 zu rechnen haben. Daß im Gegensatz zu den beiden letztgenannten Städten die für Rostock gefundenen Werte noch günstiger sind, ist zum Teil dadurch zu erklären, daß die hier zur Welt gekommenen unehelichen Kinder anderswo in Pflege gegeben werden, daß eine Anzahl von Säuglingen für längere Zeit nach der Geburt im Hause „Elim“ unter sachgemäßer Beaufsichtigung bleibt und erst, wenn sie kräftiger geworden sind, in Außenpflege gelangen und daß endlich ein Teil der illegitimen Kinder der regelmäßigen Aufsicht

der ehrenamtlich fungierenden Waisenflegerinnen untersteht, deren günstiger Einfluß gerade hierdurch wieder in die Erscheinung tritt und mit um so größeren Recht die angedeutete Besserung der Mortalitätsverhältnisse unserer unehelichen Säuglinge erwarten läßt, falls die als wünschenswert bezeichnete Reorganisation des Kostkinderwesens zur Durchführung gelangen sollte.

Eine allgemeine Herabsetzung der Sterblichkeit unehelicher Säuglinge ist aber im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin ebenso erstrebenswert als in allen andern Ländern. Man mag die hohe Geburtsziffer unehelicher Kinder bedauern, erheblich verbessern wird man sie nicht. Das uneheliche Kind aber, welches an seinem Dasein schuldlos ist, die Sünden von Vater und Mutter büßen zu lassen, widerspricht ebenso dem Gebote der Humanität als sein Untergang dem volkswirtschaftlichen Interesse eines jeden Staates, und gerade der letzte Faktor dürfte bei den mecklenburgischen Verhältnissen um so mehr in die Wagschale fallen, als gerade hier die Leutenot auf dem Lande immer größer, der Ersatz durch fremdländische Kräfte immer schwieriger und kostspieliger wird und dadurch ein Moment in die Erscheinung tritt, demgegenüber die bisherige ungenügende Fürsorge, speziell der unehelichen Kinder von nicht zu unterschätzender Bedeutung sein kann.

Mögen auch in Mecklenburg die Behörden dem reformbedürftigen Kostkinderwesen im Interesse der gefährdeten Kinder und des ganzen Landes die Beachtung nicht versagen, und möge unsere emsig vorwärtsstrebende Stadt Rostock bald mit gutem Beispiel vorangehen!

Die Milchküchen und Beratungsstellen im Dienste der Säuglingsfürsorge.

Von

J. Trumpp, München.

M. H. Sie haben mir den ehrenvollen Auftrag erteilt, Ihnen ein Referat über die Milchküchen und Säuglingsberatungsstellen zu erstatten. Dies Thema ist wohl deshalb gewählt worden, weil es notwendig erscheint, daß sich die in der Fürsorgebewegung tonangebenden Kinderärzte schon jetzt über alle Kardinalfragen verständigen, um den mühsam wachgerufenen, immer noch regen Eifer des Publikums beizeiten in gesunde Bahnen zu lenken und die sonst unausbleiblichen Mißerfolge zu verhüten. Um Aussprache und Einigung zu ermöglichen, mußten Sie erst klaren Einblick in das bisher allenthalben Geleistete erhalten, und ich habe es deshalb auch als meine Hauptaufgabe betrachtet, Ihnen hierfür ein möglichst lückenloses und einwandfreies Material zu verschaffen. Sie werden daraus ersehen, daß der von Ihnen bebaute Boden fruchtbarer ist, als Sie vielleicht selbst zu hoffen wagten, daß es aber noch gute Weile hat mit halbwegs erträglicher Ernte. Es wird nicht schaden, wenn wir die im Publikum und in Ärztekreisen vielfach bestehende Erwartung eines raschen und großen Erfolges etwas dämpfen und auf das richtige Maß zurückführen, damit nicht unter der sonst zu erwartenden schweren Enttäuschung die ganze Bewegung leidet. Schließlich wird zu erwägen sein, ob es nicht notwendig ist, noch andere Maßregeln gegen die Säuglingssterblichkeit zu ergreifen.

Ich werde im folgenden besprechen:

die Notwendigkeit der öffentlichen Säuglingsfürsorge,
die Geschichte der Milchküchen und Beratungsstellen,
ihren derzeitigen Stand im Deutschen Reiche,
ihre Erfolge, und schließlich
den weiteren Ausbau der Säuglingsfürsorge.

Punkt 1 kann ich in diesem Kreise rasch erledigen. Die Höhe der Säuglingssterblichkeit und ihre Gründe sind Ihnen allen satt-

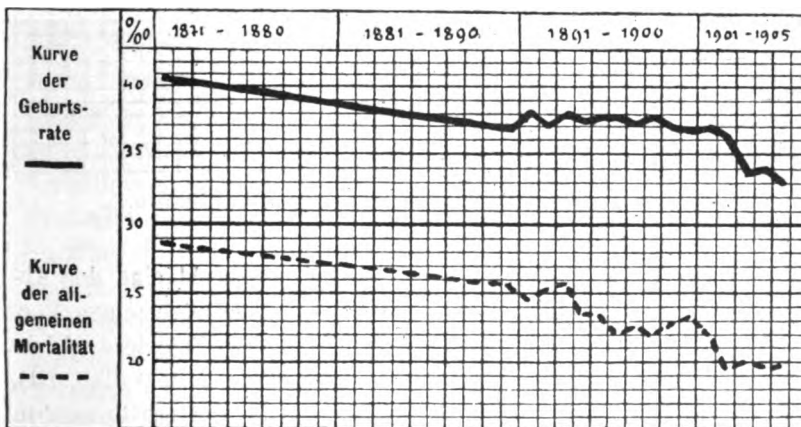
sam bekannt. Ich möchte Ihnen nur an der Hand einiger Tabellen die neuesten Resultate der Statistik vorführen und dabei auf eine bisher allem Anschein nach noch nicht genügend gewürdigte Tatsache hinweisen. Sie sehen nämlich auf Tabelle I, daß die jährliche Geburtenziffer in fast allen europäischen Ländern seit Jahren

Tabelle I.

	1881	1905	1	2	3	4	5	6
England	32,6	27,2						
Italien	37,	32,6						
Ungarn 1891—1900	40,4	35,7						
Norwegen	31,8	27,2						
Deutsches Reich . .	37,5	33						
Schottland	32,4	28,1						
Dänemark	32,1	28,1						
Schweden	39,6	25,7						
Frankreich	24,1	20,5						
Holland	34,2	30,8						
Belgien	30,6	27,1						
Österreich	38,1	35,4						
Spanien	36,3	24,4						
Portugal 1886—1890	33,4	31,8						
Russland	49,3	47,9						
Schweiz	28,2	27,4						

Rückgang der Geburtsrate europäischer Staaten in den Jahren 1891—1905.

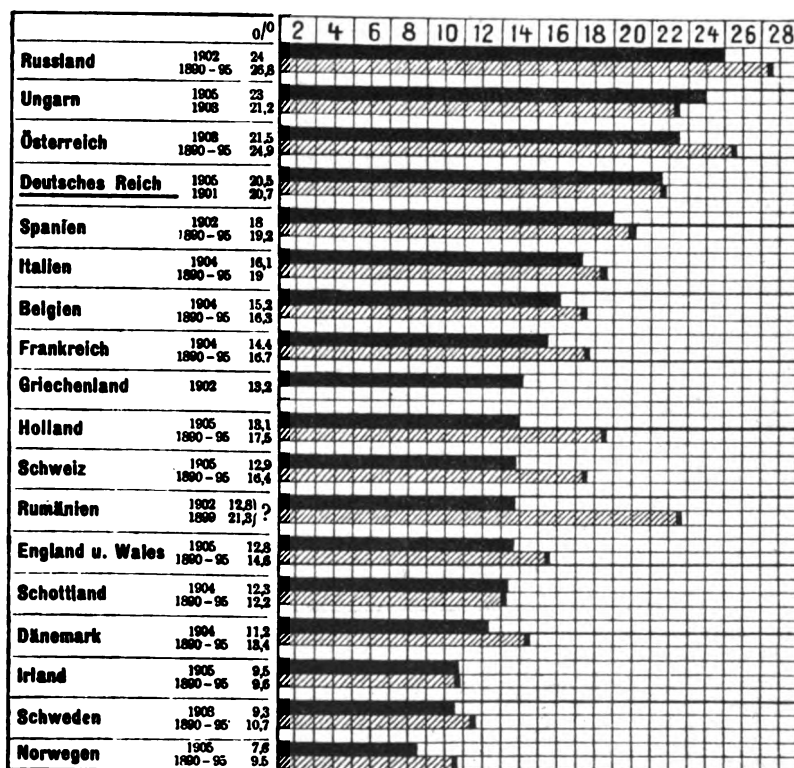
Tabelle II.



Geburtenhäufigkeit und allgemeine Mortalität im Deutschen Reich in den Jahren 1871—1905.

stark abfällt. Sie nimmt zurzeit einen kaum jemals früher erreichten Tiefstand ein. Auch im Deutschen Reiche, besonders in seinen Großstädten, ist diese bedauerliche Erscheinung zu konstatieren. Die deutsche Geburtszahl betrug im Jahrzehnt 71—80 40,7‰, im Jahrzehnt 81—90 37,5‰, im Jahrzehnt 91—1900 36,1‰

Tabelle III.



Die Säuglingssterblichkeit in den europäischen Staaten.

und im Jahre 1905 33‰. Da nun bei uns wohl eine der Abnahme der Geburtszahl fast parallele Abnahme der allgemeinen Mortalität statthat (Tab. II), aber nicht wie in anderen Ländern gleichzeitig eine Verminderung der Säuglingsmortalität besteht (Tab. III), so könnte man bei weiterem Anhalten dieses Mißverhältnisses in Jahren wohl eher von der Gefahr einer Entvölkerung als von einer drohenden Übervölkerung reden. Unter den bekannten Argumenten

für die Notwendigkeit eifrigster Förderung aller Maßnahmen der öffentlichen Säuglingsfürsorge dürfte dies eins der schwerwiegendsten sein, das auch den lässigsten Patrioten zur Mitarbeit anspornen sollte.

Die Geschichte der modernen Säuglingsfürsorge, wie sie in den meisten einschlägigen Publikationen vorgebracht wurde, bedarf einiger Korrektur. Ihre Urfänge gehen nämlich nicht, wie fast allgemein angenommen wird, auf Frankreich, sondern auf Deutschland zurück. So hielt man bisher das im Jahre 1890 von Prof. Herrgott in Nancy gegründete „Œuvre de la maternité“ für die erste Art einer Säuglingsberatungsstelle, wir finden aber eine solche schon in der seit dem Jahre 1883 bestehenden „Städtischen Kinderfürsorgezentrale“ des Sanitätsrats Taube in Leipzig. Ebenso galt die im Jahre 1892 von Variot in Paris gegründete Milchküche für die erste ihrer Art, während eine solche von der St. Gertrud Gemeindepflege in Hamburg unter der Leitung des Pastors Manchot schon seit dem Jahre 1889 in aller Form betrieben wurde. Leider fanden aber die beiden deutschen Anstalten trotz ihrer gedeihlichen Entwicklung lange Zeit nur geringe Beachtung. Die öffentliche Säuglingsfürsorge beschränkte sich bei uns bis gegen Ende des vergangenen Jahrhunderts auf eine ungenügende Milchkontrolle, auf meist recht mangelhafte Pflegekinderüberwachung, auf höchst fragwürdige Versorgung der Arbeitersäuglinge in unhygienisch eingerichteten und geleiteten Krippen, und auf ärztliche Behandlung erkrankter Säuglinge in den Kinderkrankenhäusern, die dazumal diesem Zwecke noch so unvollkommen dienen konnten, daß sie eine Säuglingssterblichkeit von 70—80 % hatten, und es schließlich menschlicher schien, die unterjährigen Kinder in kontrollierter Außenpflege unterzubringen, als sie im Spital dem fast sicheren Tode zu überliefern. Wandel in diesen Verhältnissen wurde erst durch Schloßmann, Heubner und Finkelstein geschaffen, die auf die Notwendigkeit hinwiesen, den Säugling als besonderen Organismus zu betrachten und zu behandeln, und im Verein mit Biedert, Czerny und Keller, Escherich u. ä. durch theoretische und praktische Arbeit in der Kinderheilkunde den besonderen Zweig der Säuglingsheilkunde begründeten. Erkenntnis bringt Pflichten. Und nachdem die Jünger der Säuglingsheilkunde die Ursachen der hohen Säuglingssterblichkeit klar erkannt hatten, betrachteten sie es als Ehrensache, den Kampf gegen dies soziale Übel mit allen Mitteln zu eröffnen. Sie beschränkten

sich nicht mehr darauf, ihr Wissen in gelehrten Büchern und Schriften niederzulegen und nur im kleinen Kreise ihrer Spitäler und Säuglingsheime in die Praxis umzusetzen, sondern sie entfalteten auch nach außen hin eine mächtige und erfolgreiche Propaganda des Wortes und der Tat. Ihre vornehmste Sorge galt der bedeutsamen Frage der Säuglingsernährung, und ihr regstes Interesse allen praktischen Bestrebungen, welche eine Besserung der auf diesem Gebiete im Volke bestehenden Mißstände verhiessen. Unwissenheit und Armut sind die hauptsächlichsten Ursachen, daß fast in allen Kulturstaaten das Stillen der Mütter im Rückgang begriffen ist. Unwissenheit und Armut, daß bei den Unbemittelten an Stelle der natürlichen vielfach eine ganz unzweckmäßige künstliche Ernährung der Säuglinge tritt. Somit lautete die Aufgabe, vernünftige Ansichten über Säuglingsernährung und -pflege ins Volk zu tragen, die Frauen soviel wie möglich wieder zum Stillen zu veranlassen, und für arme Säuglinge, denen aus irgendwelchen zwingenden Gründen die Mutterbrust versagt bleiben muß, einwandfreie künstliche Nahrung zu erschwinglichem Preise zu beschaffen.

Die Art, wie einige französische Geburtshelfer und Kinderärzte diese Aufgabe zu lösen versuchten, schien die zweckentsprechendste zu sein, und sie hat deshalb auch mit mehr oder weniger bedeutsamen, den örtlichen Verhältnissen angepaßten Modifikationen im Laufe eines Jahrzehntes fast in allen Kulturstaaten Nachahmung gefunden. Im Jahre 1892 gründeten die Geburtshelfer Budin und Pinard an der Charité zu Paris eine Beratungsstelle für die aus der Gebärstation entlassenen Frauen. Deren Säuglinge wurden wöchentlich einmal regelmäßig kontrolliert, die Frauen eifrig zum Stillen angehalten und beim allenfallsigen Versiegen der Brust durch Anweisung auf sterilisierte Milch aus der Konsultation selbst oder einem Milchdepot unterstützt. Die Resultate dieser „Consultation de nourrissons“ waren glänzend, die überwiegende Mehrzahl der Frauen, 94 %, konnte zum Stillen bewogen werden, während früher kaum 60 % ihre Kinder natürlich ernährten, und die Mortalität der Kinder betrug in den Jahren 1892—1898 nach Budin nur 4,6 % gegenüber einer allgemeinen Säuglingssterblichkeit in Paris von 17,8 % ¹⁾. Dieser

¹⁾ Escherich: Über Säuglingsfürsorge mit Besprechung der Organisation der Schutzstelle des Vereins „Säuglingsschutz“. Wien. med. Wochenschr. Nr. 50, 1905. — K. Oppenheimer: Über Säuglingsfürsorge in Paris etc. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37, 1905.

Erfolg ermutigte Budin zur Gründung zweier weiterer Consultations, deren eine im Jahre 1895 der Maternité, deren andere im Jahre 1898 der Klinik Tarnier angeschlossen wurde. Ähnliche Anstalten sind seitdem organisiert worden von Maygrier, Porak, Boissard und anderen Pariser Geburtshelfern. Noch im Gründungsjahre der ersten vollentwickelten Consultation de nourrissons entstand in Paris ein zweiter Typ von Säuglingsfürsorgestellen. In Verbindung mit dem Dispensaire Belleville eröffnete ein Pariser Kinderarzt, Dr. Variot, eine Anstalt, die denselben Zweck mit gleichen Mitteln verfolgte, wie die Budinsche Beratungsstelle, sich aber von ihr wesentlich durch das Material der Klientel unterschied. Während die Kinder der letzteren sich von Geburt an unter ärztlicher Aufsicht befanden und dank der Anstaltsdisziplin fast alle noch natürlich ernährt wurden, wurden der Variotschen Anstalt die meist künstlich ernährten, verwahrlosten Säuglinge eines Armenviertels überbracht, und zwar gewöhnlich erst nach eingetretener Erkrankung. Bei dem geringen Prozentsatz von Brustkindern verblieb der Anstalt Variots als Hauptaufgabe die Beschaffung einwandsfreier Kuhmilch; sie entwickelte sich aus den gegebenen Verhältnissen heraus zur regelrechten Säuglingsmilchküche. Variots Beispiel wurde im Jahre 1894 von Dufour in Fécamp nachgeahmt, welcher der neuen Institution den Namen „Goutte de lait“ gab. Auch Variot und Dufour begnügten sich nicht mit ihren Erstlingswerken, deren Erfolge aus genannten Gründen naturgemäß nicht so verblüffend gute waren wie diejenigen der Consultations, und unter ihrem Einflusse wurden seitdem in Frankreich in etwa 100 Städten eine oder mehrere Gouttes de lait, in Paris allein deren 15, errichtet. Die Mehrzahl wird von wohlthätigen Vereinen unterhalten, genießt aber städtische Unterstützung; einige wenige Anstalten, z. B. in Nantes und Elbeuf, sind städtisch.

Im Jahre 1893, ein Jahr nach Gründung der ersten französischen Anstalten, wurde von dem Philanthropen Hon. Nathan Straus in Neuyork eine Milchverteilung an arme Säuglinge in großer Ausdehnung eingerichtet. Die aus der Umgebung der Stadt bezogene, äußerst sorgfältig und unter staatlicher Kontrolle gewonnene Milch wurde in einer zentral gelegenen Milchküche nach ärztlicher Angabe verarbeitet und um sehr geringen Preis verkauft. Es wurde keine Flasche mit pasteurisierter Nahrung abgegeben, die älter als 24 Stunden war. Straus's „Milk Charity“

versorgte schon im Gründungsjahr über 1000 kranke Säuglinge. Bis zum Jahre 1902 ist das Unternehmen angewachsen auf 14 Depots mit einem Absatz von 1200000 Flaschen. Nach Goler¹⁾ existieren zurzeit etwa 100 solcher Anstalten in den Vereinigten Staaten, darunter eine städtische Anstalt in Rochester, deren fast aseptisch gewonnene Milch roh verfüttert wird.

Nach den Vereinigten Staaten folgte Belgien dem französischen Beispiel, woselbst im Jahre 1897 von Dr. Lust in Brüssel die erste „Laiterie maternelle“ eröffnet wurde. Seitdem wurden noch weitere 25 Anstalten im Lande gegründet, 3 sind in der Bildung begriffen. Die belgischen Fürsorgestellten vereinigen in sich nach französischem Muster Beratungsstelle und Milchküche mit Milchverteilung.

Im Jahre 1898 entsteht die zweite deutsche Säuglingsmilchküche, (in Dresden), von Schloßmann gegründet und kurz vor der Eröffnung des ersten deutschen Säuglingsheims dem Betrieb übergeben. Eine regelrechte Beratungsstelle wird erst im Jahre 1907 durch Salge damit verbunden.

Im Jahre 1899 folgt England. Eine Kommission von englischen Ärzten hatte die Anstalt Dufours in Fécamp besichtigt, und das Resultat dieser Inspektionsreise war die Eröffnung der ersten englischen Milchküche in St. Helens. Nur langsam fand der neue Gedanke der Säuglingsfürsorge in England und Schottland Eingang und zurzeit bestehen erst 11, meist städtische Milchküchen. Man hat es nicht angezeigt gefunden, auf das unabhängige englische Volk die Zwangsmaßregeln der französischen Anstalten anzuwenden. Die Milch wird ohne jede Verpflichtung der Klientel mit und ohne ärztliche Verordnung in Portionsflaschen und bestimmten Gemischen an jedermann abgegeben. Eine geregelte ärztliche Überwachung findet nicht statt, dagegen besteht eine gut ausgebildete Hauskontrolle durch Damen als „Sanitary inspectors“, die ziemlich genau nach dem Muster der Taubeschen Institution in Leipzig sich vortrefflich bewähren soll.

Im Jahre 1900 entsteht eine kleine Beratungsstelle mit Milchverteilung in Holland, in s'Gravenhage, von Dr. Plantenga gegründet und geleitet. Man scheint in Holland — wie Sie aus dem Bericht des Dr. Plantenga entnehmen wollen — noch kein großes

¹⁾ Persönliche Mitteilung.

Bedürfnis nach öffentlicher Säuglingsfürsorge zu empfinden, und wurde auch in den folgenden 7 Jahren nur noch eine weitere Fürsorgestelle errichtet.

Im Jahre 1901 entstehen die ersten Milchküchen in der Schweiz (Genf), in Ungarn (Budapest) und in Rußland (St. Petersburg). Die Schweiz verfügt zurzeit über 3 Milchküchen und 4 Beratungsstellen. Letztere z. T. an die Milchküchen, z. T. an Pouponnières angeschlossen. Die von Feer in Basel gegründete Musteranstalt steht in Verbindung mit dem dortigen Säuglingsheim. Die Milch für die Milchküchen wird aus Musterställen bezogen, die unter strenger staatlicher Aufsicht stehen.

In Ungarn sind bis jetzt 3 Anstalten zur Gratisverteilung von Milch entstanden, deren erste von Dr. Ernö Deutsch begründet wurde. Sie sind mit Beratungsstelle verbunden, ja zu vollständigen Mütterschulen ausgebildet worden.

In Rußland bestehen 7 Gouttes de lait, deren erste zwei von Dr. Hubert gegründet wurden. Sie sind ganz nach französischem Muster eingerichtet und an Hospitäler oder Arbeitshäuser angeschlossen.

Im Jahre 1903 wird die moderne Säuglingsfürsorge in Österreich eingeführt und zwar in Florisdorf b. Wien in Form einer Säuglingsmilchabgabestelle, die, mit ärztlicher Überwachung und Hauskontrolle der Kinder verbunden, ausgezeichnete Dienste leistet. Die Säuglingsmortalität Florisdorfs sank von 28 auf 17,4% ab. Im gleichen Jahre gründete Escherich in Wien den Verein „Säuglingsschutz“, mit Hilfe dessen er schon im folgenden Jahre eine mustergültige, an das St. Anna-Kinderspital angeschlossene Schutzstelle errichten konnte, umfassend Beratungsstelle, Milchküche mit Milchverteilung, Pflegerinnen- und Mütterschule. Der lebhaft frequentierten Anstalt (1204 Fälle im Jahre 1906) wird von allen Seiten, auch von der Stadt, reichlich Unterstützung zuteil, und erscheint eine weitere Ausdehnung ihres Wirkungskreises garantiert. Sie unterscheidet sich von allen ähnlichen französischen, deutschen und sonstigen Fürsorgestellen durch ihre strengen Aufnahmebedingungen. So fordert sie den schriftlichen Nachweis armenrechtlicher Hilfsbedürftigkeit und setzt für die Aufnahme eine Altersgrenze von 4 Wochen fest. Durch erstere Bedingung und durch die Gratisabgabe der Milch legitimiert sie sich als Wohltätigkeitsanstalt, während fast alle anderen Anstalten den Charakter öffentlicher Wohlfahrts-

einrichtungen tragen. So auch die im Jahre 1905 in Wien von den Ärzten des X. Bezirkes organisierte Säuglingsmilchverteilung, welche nach dem Berichte von S. Weiß¹⁾ die Prinzipien der Consultations de nourrissons in die Einzelordinationen aller beteiligten Ärzte verlegte und die Ausgabe der Milch an einer Stelle zentralisierte. Zahlenmäßige Angaben der Resultate dieser Organisation liegen mir nicht vor. Über die von Escherich in Wien, von Feer in Basel und von E. Deutsch in Budapest gegründeten Anstalten finden Sie ausführliche interessante Berichte im 2. Teile des Referats.

Im Jahre 1904 wird die erste spanische „Gota de Leche“ in Madrid eröffnet und zwar unter feierlichem Gepränge und Beteiligung des Hofes. Ihr Begründer und Leiter ist Dr. Ulecia y Cardona. Dem Beispiel Madrids folgten rasch noch weitere 7 spanische Städte. Alle 8 Milchküchen sind mit Beratungsstellen verbunden. Beratungsstellen ohne Milchküchen finden sich ferner fast in jeder größeren Stadt.

Über die Entwicklungsgeschichte der Milchküchen und Beratungsstellen in den anderen Kulturstaaten fehlen mir genauere Angaben.

In Dänemark besteht nur eine einzige Beratungsstelle im Bangschen Kinderspital zu Kopenhagen, gegründet und geleitet von Dr. Fabricius Bjerre. Sie soll von seiten der Mütter nur geringen Beifall gefunden haben.

In Norwegen existieren weder Milchküchen noch Beratungsstellen.

In Schweden in etwa 15 Städten ärztlich geleitete Milchküchen, jedoch keine Consultations de nourrissons.

Wie aus diesem Bericht ersichtlich, sind die großen Vorzüge der französischen Anstalten, beruhend in ihrer Doppelnatur als Beratungsstellen und Milchküchen, nicht überall erkannt oder gebührend gewürdigt worden. Auch in Deutschland nicht durchgehends.

(Schluß folgt.)

¹⁾ Siegfried Weiß: Säuglingsmilchverteilung. Monatsschr. f. Ges.-Pfl. Nr. 6, 1905.

Zeitschrift für Säuglingsfürsorge

Band 2

1908

Nr. 4

Die Milchküchen und Beratungsstellen im Dienste der Säuglingsfürsorge.

Von

J. Trumpp, München.

(Schluß.)

Im Deutschen Reich dienen zurzeit — soweit uns Berichte vorliegen — 101 Anstalten der Säuglingsfürsorge. Eingerechnet sind nur die Beratungsstellen, auch die in Verbindung mit Zentralmilchküchen stehenden Kontrollstellen, soweit sie von eigenen Ärzten geleitet werden, ferner die Milchküchen, Säuglingsheime und Säuglingsheilstätten. Ein großer Teil der Säuglingsheime und -heilstätten ist mit Beratungsstellen und Milchabgabestellen versehen. Die umstehende Karte zeigt die Verteilung der Anstalten im Lande.

Die Gründungszeit dieser Anstalten fällt in die Jahre 1883—1907. Die überwiegende Mehrzahl der 91 Milchküchen und Beratungsstellen wurde in den Jahren 1904—1907 gegründet, nämlich 10 im Jahre 1904, 19 im Jahre 1905, 22 im Jahre 1906 und 29 in der ersten Hälfte des Jahres 1907. Noch im Laufe dieses Jahres oder im nächsten Jahre sollen weitere 12 Anstalten eröffnet werden.

Von den schon bestehenden 101 Anstalten sind 28 städtisch.

Von den 73 privaten Anstalten, die meist von Vereinen unterhalten werden, genießen 42 städtische Unterstützung. Mit hin sind von 101 Anstalten nur 31 ausschließlich auf private Hilfe angewiesen, ein erfreulicher Beweis, daß die Bedeutung der Säuglingsfürsorge für die öffentliche Wohlfahrt auch von den Kommunen anerkannt wird.

Es beteiligen sich an der Säuglingsfürsorge:

26 Anstalten durch Beratungsstelle und Milchküche mit Milchverteilung, davon 1 Anstalt (Münchner S. M. K.) durch Speiseanstalt für unbemittelte Stillende;

20 Anstalten durch Beratungsstelle und Milchverteilung ohne eigene Milchküche;

27 Anstalten durch Beratungsstelle ohne Milchabgabe;

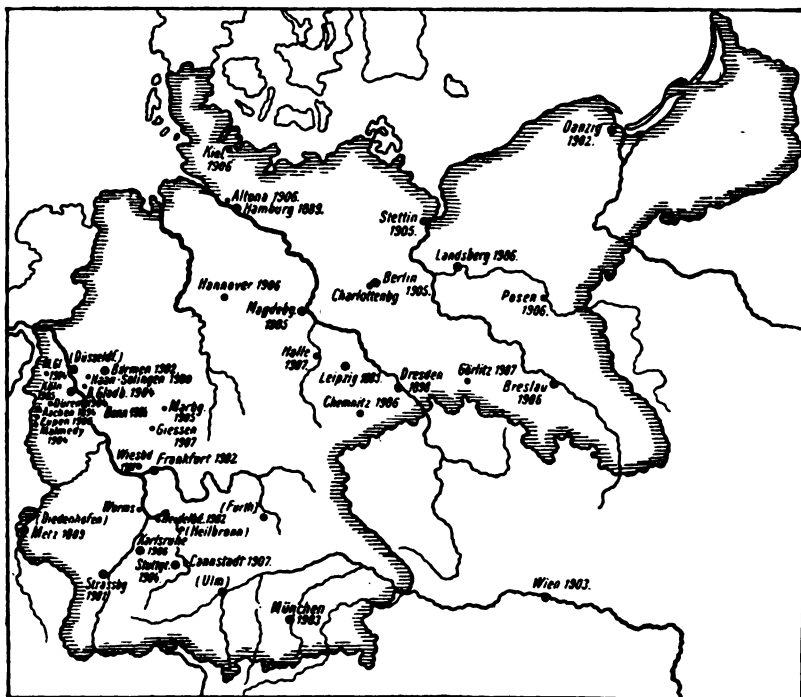
Zeitschrift für Säuglingsfürsorge. II.

17 Anstalten durch Milchküchen ohne Beratungsstelle, vielfach auch ohne ärztliche Kontrolle;

1 Anstalt durch Milchverteilung unter ärztlicher Kontrolle, jedoch ohne Milchküche und eigentliche Beratungsstelle (Stettin);

15 Anstalten durch Ausbildung von Säuglingspflegerinnen; Ausbildungsdauer $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$ oder 1 Jahr;

Tabelle IV.



Deutsche Städte mit Säuglingsfürsorge im Jahre 1907.

12 Anstalten durch Abhaltung von Kursen in Säuglingspflege;

17 Anstalten durch Hauskontrolle und organisierte Außenpflege.

Von den Beratungsstellen und Milchküchen sind örtlich oder geschäftlich verbunden:

16 mit stationärer Abteilung (Säuglingsheim oder Kinderkrankenhaus);

3 mit Wöchnerinnenheim;
20 mit Poliklinik.

Besondere Bureaus in Sachen des Kinderschutzes finden sich in Berlin, Leipzig und München.

19 Anstalten sind in städtischen Gebäuden untergebracht, davon 8 an schon vorhandenen städtischen Betrieb, die Hälfte an Schlachthöfe angeschlossen (Bergisch-Gladbach, Köln, Eupen, Metz). Die Vorteile einer Angliederung der Anstalten an Polikliniken, Krankenhäuser, Schlachthöfe usw. wird wohl der Herr Korreferent besprechen.

Von 64 Milchabgabestellen werden 52 von Ärzten geleitet. 11 stehen unter der Leitung von Laien. An diesen Anstalten werden gelegentlich Ärzte zur Beratung zugezogen.

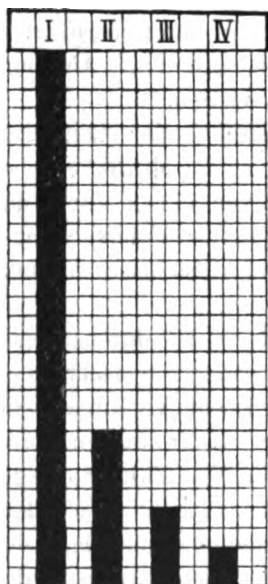
Erwähnenswert sind die Personalverhältnisse der städtischen Milchküche zu Worms: es sind 4 Personen in der Milchküche beschäftigt. Die sämtlichen Arbeiten werden von einem durch das Kreisgesundheitsamt und das städtische chemische Untersuchungsamt instruierten Schutzmann geleitet. Als Aufsichtsorgan funktioniert der — Polizeiinspektor.

Die Inanspruchnahme der Anstalten ist durchgehends weder vom Nachweis der Hilfsbedürftigkeit abhängig gemacht, noch mit dem Verluste irgendwelcher bürgerlichen Rechte verbunden. Sie präsentieren sich also nicht als Wohltätigkeitsanstalten, sondern als Einrichtungen der öffentlichen Wohlfahrtspflege. Ihre Betriebsbedingungen sind jeweils ziemlich verschieden.

So gilt als Altersgrenze für die Behandlungsdauer bald das Ende des 1. Lebensjahres (an den meisten Anstalten), bald das Ende des 2. Lebensjahres, bald wird eine solche überhaupt nicht gezogen. Ebenso abwechselnd sind die Bestimmungen über die Vermögensgrenze. Sie ist an einigen Anstalten auf einen bestimmten Wochenlohn, bzw. auf ein gewisses Jahreseinkommen normiert, an anderen dem Ermessen des Anstaltsleiters überlassen. Wieder an anderen besteht überhaupt keine Vermögensgrenze, so sind 20 Milchküchen jedermann zugänglich. Eine Beschränkung auf die Aufnahme von Brustkindern besteht an keiner Anstalt. Meistens werden auch kranke Kinder zugelassen, an vielen Anstalten auch deren Behandlung übernommen. Nur die Fürsorgestellen in Hannover, Karlsruhe, Posen und Schöneberg beschränken sich ziemlich streng auf gesunde Kinder.

Bezüglich der Verpflichtungen der Frequentanten bestehen gleichfalls Verschiedenheiten. Es werden genannt: regelmäßige Vorstellung (alle 8 oder 14 Tage), Befolgung aller Vorschriften und Anordnungen, Genehmigung der Hauskontrolle, tägliches Zurückbringen und Reinigen der Milchflaschen, Ersatz für Bruch. Stillende werden verpflichtet zum Stillen vor dem Arzte in den Kontrollstunden, zum Bezuge der Milch aus der Milchküche bei eintretender Stillunfähigkeit. An einer großen Zahl von Anstalten

Tabelle V.



Die Beteiligung der Quartale des 1. Lebensjahres an der Frequenz der Milchküchen und Beratungsstellen.

bestehen keinerlei Verpflichtungen für die Klientel, die sich zum weitaus größten Teil aus den Kreisen der Arbeiter, kleinen Handwerker, Gewerbegehilfen, Dienstboten und niederen Beamten rekrutiert.

Über die Gesamtfrequenz aller deutschen Anstalten kann ich leider keine präzise Angabe machen, da ein Teil der Berichterstatter, besonders der jüngeren Anstalten, auf diese Frage keinen Bescheid gab, die anderen aber sich in so verschiedenen Werten ausdrückten, daß es unmöglich ist, sie zu vereinigen. So gaben die einen die Jahresfrequenz, andere die Tagesfrequenz, wieder andere die Frequenz seit Gründung der Anstalt an. Die Leiter der Milchküchen drückten außerdem die Frequenz bald in Fällen, bald in der Zahl der abgegebenen Liter-, Halbliter- oder Einzelporionsflaschen aus. Es wird Sache einer zu gründenden Organisation der Anstaltsleiter sein, für künftige Statistiken bessere Vorbedingungen zu schaffen.

Von den Beratungsstellen und Milchküchen hatten 29 (deren Frequenz in verwertbaren Zahlen ausgedrückt ist) zusammen eine Jahresfrequenz von 22555 Fällen. 19 Milchküchen können zusammen täglich 8810 Kinder mit Nahrung versorgen.

Die Frequenz aus den einzelnen Quartalen des ersten Lebensjahres verhält sich wie 14 : 4 : 2 : 1. (Siehe Tabelle V.)

Das Frequenzverhältnis der Brustkinder zu den Flaschenkindern beträgt durchschnittlich 2 : 3.

Die zugegangenen Brustkinder waren meist gesund (90 % und darüber); von den Zwiemilchkindern ging durchschnittlich der dritte Teil, von den Flaschenkindern mehr als die Hälfte, etwa 57 %, bereits erkrankt zu.

Alle diese Zahlen sind mit einer gewissen Reserve aufzunehmen, denn einmal weist das Material gerade in diesen Fragen große Lücken auf, zum anderen bestehen ganz gewaltige lokale Unterschiede. Letzteres bezieht sich nicht nur auf die Häufigkeit des Stillens und damit des Zuganges von Brustkindern, sondern auch auf den Gesundheitszustand der die Anstalten frequentierenden Kinder, in erster Linie der Flaschenkinder. So betrug an zwei ziemlich gleich frequentierten Anstalten in Hannover und München der Prozentsatz der gesund zugegangenen Flaschenkinder an der norddeutschen Anstalt 78 %, an der süddeutschen nur 8,7 %, ohne daß etwa tiefgreifende Unterschiede im Charakter beider Anstalten bestünden ¹⁾.

Nicht geringere Unterschiede bestehen in der Dauer der Behandlung bzw. des Milchbezuges. Es liegen darüber nur 10 Angaben vor. Das Mittel betrug 11 Wochen.

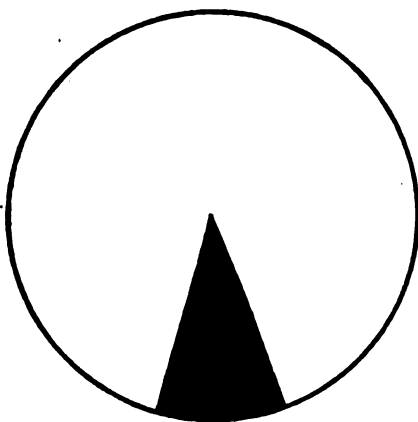
Der Fragebogen weist hier entschieden eine Lücke auf. Für die Beurteilung der Leistungen einer Anstalt ist es sehr wichtig zu wissen, nicht nur in welchem Alter und Gesundheitszustand die Kinder zur Aufnahme gelangten, sondern auch wie lange die einzelnen Fälle unter Aufsicht standen. Die Angabe der durchschnittlichen Behandlungsdauer ist nur ein mangelhafter Ersatz, aber gewiß nicht „ohne jedes Interesse“, wie einer der Berichtstatter bemerkte. Übrigens möchte ich hier anregen, daß bei Aufstellung der Gesamtfrequenz von Milchabgabestellen künftighin mindestens die Fälle ausgeschieden oder besonders vermerkt werden, die weniger als 8 Tage lang Milch bezogen haben. Ihre Einordnung unter die Frequenzzahlen, die damit an manchen Anstalten bis zu einem Siebentel ansteigen, muß zu Trugschlüssen führen.

Noch weniger wie die Gesamtfrequenz vermag ich den Gesamterfolg der Anstalten in Zahlen auszudrücken. Es ist mir nicht wahrscheinlich, daß dies überhaupt jemals in einer Weise möglich sein wird, die einer aufrichtigen Kritik standhalten könnte.

¹⁾ Übrigens ermöglicht schon die verschiedene Anlegung des Begriffes „Gesunder Säugling“ eine große Differenz der Zahlen.

Viele Laien erwarten, daß die Wirksamkeit der Milchküchen und Beratungsstellen über kurz oder lang in einem Sinken der Säuglingssterblichkeitsziffer nachweisbar werden würde. Ich glaube, daß das eine ganz vergebliche Hoffnung ist. Nach dem statistischen Jahrbuch für das Deutsche Reich gehören fast ein Viertel der Gesamtbevölkerung der dienenden Klasse an, nämlich beinahe 15 Millionen. Wir können bestimmt annehmen, daß demnach auch der vierte Teil aller Geburten, von 2 Millionen also rund 500 000, auf diese Kreise entfällt. Schätzen wir auf Grund der Berichte die jährliche Höchstleistung aller schon bestehenden deutschen An-

Tabelle VI.



Verhältnis der Fürsorgebedürftigen ☐ zu den bei Höchstleistung der Anstalten versorgten Säuglingen ☒.

stalten auf 40 000, inklusive der in absehbarer Zeit erstehenden auf 50 000, so befindet sich also nur etwa ein Zehntel aller bedürftigen Säuglinge in öffentlicher Fürsorge. Nehmen wir nun selbst an, daß es gelänge, die Mortalität der behandelten Säuglinge auf wenige Prozent herabzusetzen, so bestünde immer noch keine Aussicht, daß sich auch das glänzendste Resultat in der Gesamtziffer der Säuglingsmortalität des Reiches deutlich bemerkbar machen würde. Das ist auch für die nächste Zukunft nicht zu erhoffen, da nicht damit gerechnet werden kann, daß die Zahl der Anstalten und ihr Wirkungskreis um ein Mehrfaches vergrößert werden wird. Wenn trotzdem die Säuglingssterblichkeit in den nächsten Jahren absinken

sollte, so wird mit Gewissenhaftigkeit zu prüfen sein, inwieweit daran andere Maßnahmen der allgemeinen öffentlichen Fürsorge oder etwaige besonders günstige meteorologische und epidemiologische Verhältnisse beteiligt sind. Ich darf nur zurückverweisen auf das Absinken der Säuglingssterblichkeit in den meisten europäischen Ländern (Tab. III) zu einer Zeit, in der von einer Einwirkung der jungen Milchküchen und Beratungsstellen noch nicht ernstlich die Rede sein kann. Man hat ja vielfach versucht, die Leistungsfähigkeit der verschiedenen Fürsorgestellen in nackten Zahlen auszudrücken, zumeist aber mit höchst mangelhaften Methoden. So in der eben angedeuteten Weise, daß man die Zahlen der Säuglingssterblichkeit eines bestimmten Gemeinwesens in bestimmten Zeitläuften vor und nach Einführung einer Milchküche oder Beratungsstelle einander gegenüberstellte. Die Fehler dieser Methode habe ich schon hervorgehoben. Oder indem man die Mortalität einer Anstaltsklientel mit der allgemeinen Säuglingssterblichkeit verglich. Das ist natürlich ebensowenig angängig, da die Vergleichsobjekte durchaus ungleichwertig sind. Ich verzichte darauf, die Ihnen aus der Literatur meist schon bekannten Beispiele dieser Art zu zitieren, verzichte auch darauf, die nach denselben Methoden erhobenen Zahlen unseres deutschen Materials anzuführen.

Es ist im Interesse einer wirksamen Propaganda gewiß wünschenswert, einwandfreie ziffernmäßige Belege für die Wirksamkeit der Säuglingsfürsorgestellen zu erbringen, aber sie sind nur auf recht mühsame Art und sicher nie für die Gesamtheit der Anstalten zu erlangen. Geeignete Methoden sind schon angegeben. So schlägt Mc Cleary ¹⁾ vor, an der Hand des Standesamtsregisters die Todeszahl jedes Quartals des ersten Lebensjahres für Flaschenkinder festzustellen, die während der ganzen Beobachtungsdauer unter der Obhut einer Anstalt standen, und desgleichen für Flaschenkinder derselben Bevölkerungsschicht, die im gleichen Distrikt unter ähnlichen Bedingungen und gleichen Einflüssen leben. Mc Cleary bemerkt sehr richtig, daß es nicht angeht, die Mortalitätsziffern des ganzen 1. Lebensjahres miteinander zu vergleichen, da die Mortalität der einzelnen Quartale eine durchaus verschiedene ist. Die Zahlen würden deshalb trügerisch sein, je nachdem der An-

¹⁾ Mc Cleary: *Infantile mortality and infants milk depôts*. London 1905, King & son.

teil der Milchküchen- oder anderer Kinder an den einzelnen Quartalen ein verschieden großer ist.

Eine erheblich einfachere, aber auch nicht so zuverlässige Methode besteht darin, daß man in einer Großstadt das Verhalten der Säuglingssterblichkeit in einem bestimmten Bezirk vor und nach Errichtung einer Anstalt vergleicht mit demjenigen in benachbarten Bezirken, die keine Anstalt haben, sich sonst aber möglichst gleichen. Einen derartigen Versuch in Yonkers N. Y., der aber nicht lange genug fortgesetzt wurde, zitiert Paffenholz im Zentralbl. f. allg. Ges.-Pfl. 1902¹⁾. Eine sehr exakte und nachahmenswerte Untersuchung, bei der aber die Trennung nach einzelnen Quartalen versäumt wurde, führten in den Jahren 1901 und 1902 Park und Holt²⁾ im Verein mit 8 anderen Ärzten in Neuyork aus. Sie verglichen im Sommer und Winter während längerer Perioden in bestimmten Haushaltungen die Resultate der verschiedenen Arten von Säuglingsernährung an 632 Kindern, stellten fest, inwieweit diese Resultate der benutzten Milch zuzuschreiben waren, und schließlich inwieweit die Resultate durch Pflege und Wartung und häusliche hygienische Verhältnisse beeinflußt wurden.

Die Ergebnisse beider Erhebungen lauten durchaus zugunsten der Milchküchen.

Tabelle VII.

Periode	Hoboken 55 000 Einw.		Long Island city 40 000 Einw.		Newburgh 26 000 Einw.		Yonkers 38 000 Einw.	
	Todesfälle unter 5 Jahren	durch Diar- rhoe	Todesfälle unter 5 Jahren	durch Diar- rhoe	Todesfälle unter 5 Jahren	durch Diar- rhoe	Todesfälle unter 5 Jahren	durch Diar- rhoe
Juni, Juli, August, September jedes Jahres								
1892—1895 . .	289	104	225	90	75	30	162	91
1896	352	110	257	115	72	43	135	48
Differenz . . .	+ 63	+ 6	+ 6	+ 32	— 3	+ 13	— 27	— 43

¹⁾ Paffenholz: Wichtige Aufgaben der öffentlichen und privaten Wohlfahrtspflege auf dem Gebiete der künstlichen Ernährung des Säuglings. Zentralblatt f. allg. Ges.-Pfl. Bonn 1902.

²⁾ Park and Holt: Report upon the results with different kinds of pure and impure milk in infant feeding in tenement-houses and institutions of New York City. Medic. News N.Y., Dec. 5th, 1903.

Tabelle VIII.

	Sommerbeobachtung		Winterbeobachtung	
	Gute Resultate	Schlechte	Gute Resultate	Schlechte
Ladenmilch	56 %	44 %	96 %	4 %
Flaschenmilch	61 „	39 „	94 „	6 „
Kondensierte Milch	60 „	40 „	92 „	8 „
Milch aus den Zentralen der Strausschen Milk Charity . .	81 „	19 „	93 „	7 „

Zur Beurteilung der Resultate der deutschen Anstalten bleibt uns vorläufig nur das klinische Urteil ihrer ärztlichen Leiter, das uns Ärzten ja durchaus genügt und stets in erster Linie maßgebend bleiben wird. Es ist ein zweifelloser Erfolg vorhanden, der sich, wenn auch nicht in Zahlen, so doch in Worten ausdrücken läßt. Zunächst haben die Herren den Eindruck, daß die Mortalität unter ihren Klienten eine recht geringe ist. Ziemlich sichere Auskunft darüber kann nur Keller-Magdeburg¹⁾ geben, der sich die Mühe nahm, das Schicksal all seiner Milchküchenkinder im einzelnen noch nach deren Abgang von der Anstalt zu verfolgen. Alle übrigen Anstaltsleiter blieben m. W. in dieser Frage auf die freiwilligen Aussagen der Mütter angewiesen, die zweifellos so unvollständig und unzuverlässig sind, daß ich darauf verzichte, sie wiederzugeben. Übrigens würden wir unter uns, auch wenn einwandfreie Mortalitätsziffern vorlägen, weder die Leistungen der einzelnen Anstalten noch deren Gesamtheit darnach beurteilen. Denn für den einzelnen Fall kann eine beliebige Mortalitätszahl je nach der Qualität der Klientel eine sehr hohe oder sehr geringe Leistung bedeuten, und für das Gesamtergebnis ist zu bedenken, daß wir den Nutzen der Säuglingsfürsorge weniger in der Errettung einer relativ kleinen Zahl von Säuglingen vom sonst sichern Tode sehen, als vielmehr in der Gesunderhaltung und Kräftigung der großen Masse der übrigen Klientel, die ja fast alle unter den gleichen Schädigungen zu leiden hatten. Diese Aufgabe kann der Arzt nicht ohne Mitwirkung der Laien erfüllen, und daß das An-

¹⁾ A. Keller: Aus der Praxis der Säuglingsfürsorge. Monatsschr. f. K., Bd. IV, 10; Bd. V, 1 u. 5.

staltspublikum sich mehr und mehr im gewünschten Sinne leiten und erziehen läßt, ist ein großer Erfolg Ihrer Bestrebungen. So vorsichtig sich auch, mit Recht, manche Berichterstatter über die sonstigen Resultate äußern, in diesem Punkte stimmen sie alle überein, wenn auch in verschiedenem Grade von Zuversicht und Begeisterung. Am erfreulichsten sind die allseits konstatierbaren Fortschritte der Stillpropaganda. Die Gründe, welche die Frauen für Unterlassung des Stillens bzw. vorzeitige Entwöhnung angeben, sind bekannt, ich brauche sie nicht anzuführen. Die wirklichen Gründe sind Genußsucht, Eitelkeit, Unverstand, Not und Krankheit (nach Bunge¹⁾ vor allem Alkoholvergiftung). Das Maß der Beteiligung dieser einzelnen Faktoren entscheidet jeweils über die Nützlichkeit günstiger Beeinflussung. Bei Nichtstillen infolge sozialer Notlage bilden Stillprämien einen bescheidenen Nothelf. Ihre Verteilung bewirkte an manchen Anstalten, daß die Zahl der stillenden Frauen rasch bis um das Doppelte anwuchs. Der Erfolg ist aber kein durchgreifender, denn die meisten Frauen stillten nach Erhalt der letzten Prämie ab und blieben weiterhin der Anstalt fern. Weiterer Ausbau des gesetzlichen Mutterschutzes und seine Ausdehnung auf alle Frauen der dienenden Klasse, oder statt dessen die Einführung einer Mutterschaftsversicherung, wie sie mit viel Erfolg in Frankreich und Italien besteht (A. Fischer²⁾), dürften die sozialen Hindernisse der Stillpropaganda besser und sicherer beseitigen. Einstweilen bleibt unser vornehmstes Mittel die freilich mühsame Aufklärungsarbeit, die glücklicherweise unterstützt wird durch die Eitelkeit der Mütter, die sich in den Wartensälen gegenseitig mit ihren Ernährungs- und Pflegeerfolgen brüsten und aneifern.

Daß die erzieherische Tätigkeit des Arztes auch an den Milchküchen unentbehrlich ist, und erst durch die Verbindung von Milchküche und Beratungsstelle der oben erwähnte Erfolg der Fürsorgestellen erreicht und gesichert werden kann, wird wohl in Ihrem Kreise keiner besonderen Bekräftigung bedürfen, übrigens vom Herrn Korreferenten in den einzelnen Punkten klar erwiesen werden.

¹⁾ Bunge: Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen, ihre Kinder zu stillen. München 1907. Ernst Reinhardt.

²⁾ A. Fischer: Die Mutterschafts-Versicherung in den europäischen Ländern. Kultur und Fortschritt Nr. 101. Leipzig 1907. F. Dietrich.

Die Bemühungen, das Interesse und Wohlwollen der praktischen Ärzte und Hebammen für unsere Bestrebungen zu erwecken, scheinen nur an wenigen Stellen den gewünschten Erfolg gehabt zu haben, eher noch bei den Hebammen. Ein Bericht aus München lautet: „Ortsansässige Ärzte ablehnend trotz ausgiebigen Entgegenkommens und Erklärung; nur die Leiter gleicher Anstalten, ein gewisser „Ring“, weisen das Publikum der Milchküche zu; Hebammen des Bezirkes zeigen größtenteils Verständnis.“ In einem Bericht aus Berlin heißt es kurz und bündig: „Hebammen weisen oft zu, Ärzte fast niemals.“ Nicht viel erfreulicher lauten 14 weitere Berichte, nur in Posen, Stettin und Stuttgart scheint man bessere Erfahrungen gemacht zu haben, wobei zu bemerken ist, daß in Stettin und Stuttgart keine Beratungsstelle besteht.

M. H. Die kühle, vielfach sogar direkt ablehnende Haltung der allgemeinen Ärzteschaft verdient ernste Beachtung und kann ohne Schaden für die ganze Säuglingsfürsorgebewegung auf die Dauer nicht ignoriert werden. Es geht nicht an, sie einfach auf mangelndes Interesse oder Verständnis zu beziehen, vielmehr ist zu vermuten, daß gegen die Fürsorgestellen dieselbe Antipathie besteht wie gegen die Polikliniken. Es wird eingehend zu beraten sein, wie sich ohne zweckwidrige Konzessionen unsererseits — vielleicht nur durch strikten Ausschluß jeder Krankenbehandlung außerhalb der Fürsorgestellen — das bestehende Mißtrauen beheben und das so sehr erwünschte Arbeiten mit vereinten Kräften ermöglichen läßt.

Über die Stellungnahme des großen Publikums sind die Ansichten sehr geteilt. Bald wird über zunehmendes Verständnis und erfreuliches Entgegenkommen berichtet, bald über mangelhaftes oder völlig fehlendes Interesse. Die Ansicht über diesen Punkt dürfte vielfach Sache rein persönlicher Anschauung und Erfahrung sein. Im übrigen stelle ich anheim, ob das, was von einem Herrn über Münchener Verhältnisse berichtet wird, nicht auch für viele andere Städte zutreffen dürfte: „Entgegenkommen und Verständnis des großen Publikums sehr gering, beides nur auf seiten eines kleinen Gesellschaftskreises; Förderung der Anstaltszwecke durch eben letzteren.“ Zu diesem kleinen Gesellschaftskreis gehören an vielen Orten glücklicherweise auch die städtischen Behörden, welche die Bedeutung der modernen Säuglingsfürsorge mehr und mehr erkennen und ihre Zwecke tatkräftig fördern.

Nun M. H., das erzieherische Beispiel der Anstaltspflege, der

rege Eifer, mit dem die Säuglingsfürsorge allenthalben in Angriff genommen wird, wird auf die Dauer nicht verfehlen, auch die Masse des Volkes allmählich zur Erkenntnis zu bringen, daß der Säuglingspflege denn doch mehr Sorgfalt gewidmet werden muß, als man bisher allgemein für nötig hielt. Ich werde noch darauf zurückkommen, wie diese unseren Zwecken sehr dienliche Erkenntnis gefördert und vertieft werden könnte.

Fassen wir unter dem Eindrucke des reichhaltig gelieferten Materials die bisher erzielten Resultate zusammen, so müssen wir sagen, daß die Anstaltsleiter in kurzer Zeit — allerdings mit **sehr** hohen Kosten — Respektables geleistet, sich eine große Klientel im Volke verschafft und in derselben schon so viel Gutes gewirkt haben, daß wir uns eine erfolgreiche Säuglingsfürsorge ohne Milchküchen und Beratungsstellen nicht mehr denken können.

Von allen Einwänden, die gegen unsere Anstalten erhoben werden, scheint mir der, daß sie mit unverhältnismäßig hohen Kosten arbeiten, der beachtenswerteste. Es ist ja klar, daß jede derartige Organisation in ihren Jugendjahren schweres Lehrgeld zahlen muß, es wäre aber zu wünschen, daß über der Verwirklichung kostspieliger Laboratoriumswünsche das praktisch Mögliche und auf die Dauer Durchführbare nicht vergessen und **der Einsatz auf diese eine Karte nicht allzurash und hoch gehäuft wird, bevor wir über ihre Chancen nicht noch besser orientiert sind.** Sonstige Einwände, daß durch die Milchküchen die Mütter zur Vernachlässigung ihrer Stillpflicht und Bequemlichkeit erzogen werden, ferner daß durch die Lieferung einwandfreier Nahrung noch nicht alle Gefahren für die Kinder beseitigt sind, entfallen schon jetzt zum großen Teil für Anstalten, an denen nach unserem Wunsche Ärzte gleichzeitig als Leiter der Milchküche und Berater der Mütter mit allem Eifer tätig sind. Sie werden künftig noch weiter entkräftet, wenn wir uns mit den bisherigen Erfolgen nicht zufrieden geben, sondern unsere Anstalten im speziellen und die Säuglingsfürsorge im allgemeinen noch weiter ausbauen.

Um bei künftigen Versuchen einer Verbesserung des Anstaltsbetriebes nicht kostbare Zeit, Kraft und Geld zu vergeuden, dürfte es empfehlenswert sein, daß die ärztlichen Leiter der deutschen Anstalten unter sich in engere Fühlung treten, sich alljährlich — vielleicht bei Gelegenheit der Tagung unserer Gesellschaft — über alle sozialen und technischen Fragen beraten, und bei dem großen Inter-

esse, das die ganze Gesellschaft an ihren Bestrebungen nimmt, dem Plenum einen Bericht über ihre Erfahrungen, Fortschritte und Wünsche erstatten, dessen praktische Folge gegebenenfalls ein Eintreten der ganzen Körperschaft für diese Zwecke sein kann. Eine solche Organisation der Anstaltsleiter wird wohl gewisse Forderungen an ihre Teilnehmer stellen müssen, so in bezug auf Einhaltung gewisser Gesichtspunkte bei Führung der Listen zum Zwecke einheitlicher Statistik, wird aber sonst die persönliche Freiheit des Handelns in keiner Weise beschränken. Darüber, wie die Anstaltsfrage am besten weiterhin zu führen ist, wird genannte Organisation entscheiden, ich möchte nur in aller Bescheidenheit an den Gedanken erinnern, den Vierordt, Neumann und Japha seiner Zeit aussprachen, nämlich die Bemühungen dahin zu richten, daß sich jede ärztlich geleitete Fürsorgestelle in ihrem Bereich allmählich zu einer Zentrale entwickelt, die alle Zweige der Säuglingsfürsorge wirksam umfaßt.

Aufgabe einer solchen Zentrale wäre: Überwachung und, soweit nötig und möglich, Übernahme der Ernährung und Pflege aller in ihrem Bezirke der öffentlichen Fürsorge bedürftigen Säuglinge, sowie Propaganda der Säuglingshygiene in allen mit der Anstalt in Fühlung tretenden Volkskreisen. Sie könnte dieser Aufgabe gerecht werden 1. durch Beratungsstelle, 2. durch Poliklinik, 3. durch Hauskontrolle aller ambulanten Klienten, 4. durch stationäre Abteilung für gesunde Säuglinge, Asyl zur Aufnahme von Kindern, die jeglicher häuslichen Pflege entbehren. Das Asyl wäre nur Durchgangsstation, bis die Kinder 5. in kontrollierter Außenpflege untergebracht werden könnten, 6. durch stationäre Abteilung für kranke Säuglinge, 7. durch lokale und geschäftliche Verbindung mit einer Gebäranstalt oder einem Wöchnerinnenheim, um für die stationären Abteilungen ev. auch für die Außenpflege stets Ammen bereit zu haben, 8. durch eigene mit Musterstallung in Verbindung stehende Milchküche zur Versorgung aller künstlich ernährten Säuglinge der gesamten Klientel, 9. durch Überwachung aller im Bezirke befindlichen Ziehkinder, 10. durch Kontrolle der benachbarten Krippen, 11. durch Ammenschule und Ammenvermittlung, 12. durch Ausbildung von Säuglingspflegerinnen, 13. durch theoretische und praktische Kurse in Säuglingspflege und -ernährung für bemittelte und unbemittelte Frauen und Mädchen, für Schwangere und für Hebammen, 14. durch ein eigenes in der Anstalt befindliches Bureau, das alle geschäftlichen Angelegenheiten mit den Be-

hören und dem Publikum erledigt und jedermann in Sachen der Säuglingsfürsorge Auskunft erteilt.

Eine solche Zentralanstalt müßte sich in Verbindung setzen a) mit allen einschlägigen Behörden, vor allem auch mit einer ev. vorhandenen Berufsvormundschaft, um durch besondere Verabredungen einen raschen und einfachen Geschäftsgang zu ermöglichen, b) mit allen Ärzten des Bezirkes, um Mißhelligkeiten in Kompetenzfragen zu vermeiden und eingedeihliches Zusammenarbeiten zu erzielen, c) aus gleichem Grunde mit allen Wohltätigkeitsvereinen, d) bei fehlender Berufsvormundschaft mit dem am Orte befindlichen Verein der Rechtsanwälte, zur raschen und nicht allzu kostspieligen Erledigung aller juristischen Angelegenheiten. (In Budapest hat seit 1906 eine vom Verein ungarischer Rechtsanwälte eingesetzte Kommission diese Aufgabe für das ganze Land kostenlos übernommen.) Eine solche Zentrale wäre imstande, in ihrem Bereiche die Aufgaben der Säuglingsfürsorge in idealer Weise durchzuführen, da sie mit allen Volksschichten in Fühlung treten, das ganze einschlägige Material überblicken würde, rechtzeitige und durchgreifende Hilfe bringen könnte, nicht gehemmt würde durch bureaukratische Schwierigkeiten. Kurz, die Haupthindernisse, welche die Arbeit der heutigen Anstalten noch erschweren und deren Erfolge schmälern, würden sich beseitigen lassen. Einen Beweis dafür bieten die Leistungen der H. Neumannschen Anstalt in Berlin, die mit Ausnahme weniger Punkte (Asyl für gesunde Säuglinge, organisierte Außenpflege, Ziehkinderüberwachung und Ammenschule) bereits alle Forderungen einer Bezirkszentrale erfüllt. Auch die Anstalt von Selter in Haan bei Solingen umfaßt schon eine Reihe verschiedener Zweige der Säuglingsfürsorge, doch beschränkt sie sich auf internen Betrieb. Selbstverständlich ist es schwer angängig, einen so komplizierten Organismus von Anstalten über Nacht ins Leben zu rufen. Dazu bedarf es wohl in den meisten Fällen der angestregten Arbeit eines ganzen Lebens. Was aber schon in Bälde unbedingt erstrebenswert erscheint, ist mindestens der Zusammenschluß von Beratungsstelle, Milchküche, Hauskontrolle und Ziehkinderüberwachung nach System Taube. Besonders eine geordnete Hauskontrolle, die an sehr vielen Anstalten noch zu fehlen scheint, dürfte zur Sicherung der Erfolge unentbehrlich sein. Die Angliederung der übrigen Institutionen, insonderheit der stationären Abteilung, ist lediglich eine Geldfrage.

Daß die Kosten solcher Bezirkszentralen keine unerschwinglichen sein würden, lassen gleichfalls obengenannte Beispiele erhoffen. Übrigens ist ein großer Vorteil jeglicher wohlgedachten Zentralisation die Ersparung von Zeit, Kraft und — Geld. Es ist sicher, daß schon seit Jahren von den Behörden und zahllosen Vereinen und Vereinchen Unsummen direkt und indirekt für Zwecke des Säuglingsschutzes aufgewendet werden, und es ist ebenso sicher, daß durch Zentralisierung der Kräfte im genannten oder ähnlichen Sinne weit bessere Resultate mit gleichen, wenn nicht geringeren Opfern erzielt werden könnten. Eine Aufklärungsarbeit im Publikum in dieser Richtung müßte mit der Zeit von Erfolg gekrönt sein. Angezeigt wäre es vielleicht auch, die Krankenkassen und Versicherungsgesellschaften zu interessieren, deren eigener Nutzen es wäre, wenn sie sich tatkräftig an der Beseitigung der unser Volk verarmenden Mißstände beteiligten. Unser erstes Bemühen aber müßte sein, solche Anstalten von vornherein auf eine gesunde Basis zu stellen. Dazu gehört vor allem, daß der Arzt, der seine ganze Zeit und Kraft für ein solches Unternehmen opfern müßte, standesgemäß bezahlt wird. Es scheint nach den Äußerungen aller Kollegen — einen einzigen ausgenommen — überhaupt keine Frage mehr, daß künftig mit allem Nachdruck auf Bezahlung der im Dienste der öffentlichen Säuglingsfürsorge geleisteten ärztlichen Arbeit zu dringen ist. Sie ist meines Wissens zurzeit die einzige Arbeit, die nach unseren Standesgesetzen noch umsonst geleistet werden darf. Aber auch diese Ausnahme wird fallen müssen, wenn die Säuglingsfürsorge immer größere Dimensionen annimmt und Anforderungen an Zeit und Kraft stellt, die den Arzt zu sehr in dem zu seinem Unterhalt nötigen Erwerb behindern. Man hält es schon jetzt für selbstverständlich, daß an städtischen Säuglingsfürsorgestellen angestellte Ärzte bezahlt werden, glaubt jedoch vielfach noch die Wohltätigkeitsvereine von einer solchen Verpflichtung ausschließen zu sollen. Aber Vereine, welche die großen Unterhaltungskosten solcher Anstalten zu bestreiten imstande sind, sind bei gutem Willen oder eintretender Zwangslage auch fähig, ihre Ärzte zu bezahlen. Daß ebenso wie für andere Wohltätigkeitsgeschenke auch für gratis geleistete ärztliche Arbeit beim Publikum im allgemeinen weder Verständnis noch Anerkennung zu finden ist, hat ein Ihnen allen bekanntes Beispiel zu Anfang dieses Jahres bewiesen. Wir halten es aus guten Gründen nicht für nützlich, selbst den Ärmsten

in den Milchküchen die Milch umsonst zu liefern, wir wünschen aus ebensoguten Gründen keine umsonst geleisteten Dienste von Pflegerinnen und Aufsichtsdamen, begehen aber die große Inkonzsequenz, unsere eigenen Dienste umsonst zu leisten aus Furcht, daß sonst das Publikum zögern würde, den ihm von uns zu seinem eigenen Heile gewiesenen Weg zu gehen. Wir werden diesen Standpunkt aufgeben müssen unter Hinweis darauf, daß die Säuglingsfürsorge ein Teil der öffentlichen Wohlfahrtspflege, nicht aber eine Standespflicht der Ärzte ist.

Die zweite Bedingung zu gedeihlicher Entwicklung der Anstalten ist, daß das Publikum, welches irgend welchen Nutzen von ihnen zieht, auch zur Tragung der Kosten möglichst beigezogen wird. Das sollte grundsätzlich für alle Frequentanten gelten, nicht nur für die Bemittelten, die Milch oder Ammen beziehen oder Kurse besuchen, sondern auch für die Unbemittelten ohne jede Ausnahme. Sie müssen ja auch andere Nahrungsmittel bezahlen, weshalb nicht die von der Milchküche zu niedrigem Preis gelieferte Milch? Das sollte nicht nur aus finanziellen Rücksichten, sondern vielmehr aus erzieherischen Gründen durchgeführt werden. Weder der Staat, noch die Stadt, noch die Gemeinschaft der Wohlhabenden sollen Pflegestelle an den Kindern der Unbemittelten vertreten, sondern die unteren Volksschichten sollen nach wie vor selbst für ihre Kinder sorgen, damit sie sie schätzen und hüten, wie alles, wofür sie arbeiten und bezahlen müssen. Wir wollen ihnen nur helfen, die Sorgen erleichtern und wollen ihnen den rechten Weg zeigen. Die Fürsorgestellen und künftigen Säuglingszentralen sollen keine Wohltätigkeitsanstalten sein, die vom Volke wie alle derartigen Institutionen mit einem gewissen Mißtrauen und Schamgefühl besucht werden, sondern Einrichtungen der öffentlichen Wohlfahrtspflege, die mit demselben Freimut und derselben Selbstverständlichkeit beansprucht werden wie die öffentlichen Schulen u. dgl.

M. H. Neben der allgemeinen Einführung der Berufsvormundschaft und Mutterschaftsversicherung, neben einer intensiveren Förderung aller Bestrebungen der Wohnungshygiene, neben einer sorgfältigeren pädiatrischen Vorbildung des praktischen Arztes scheint mir vor allem auch die Heranziehung des Volkes zu verständigem Denken und Mitwirken in der Säuglingsfürsorge eine der vornehmsten Aufgaben der Zukunft. Die Leistungen jeder Fürsorgestelle sind und bleiben freilich — wie Budin seinerzeit sehr

richtig bemerkte — stets in erster Linie abhängig von der Fähigkeit ihres Leiters. Aber gedeihliches Wirken setzt überall nicht bloß einen intelligenten und einflußreichen Geber voraus, sondern auch einen willigen und verständigen Empfänger, der geistig und materiell so gestellt ist, daß er die Gabe ausnützen kann. Einstweilen jedoch treten den in der Säuglingsfürsorge Tätigen noch auf Schritt und Tritt zwei mächtige Feinde entgegen: Armut und mangelndes Verständnis des Volkes. Erstere zu bekämpfen steht nicht in unserer Macht, aber an der Aufklärung der Massen können wir mitwirken. Doch nicht länger nur mit den bisherigen Mitteln: Vorträgen, Kursen, geisttötender Abrichtungsarbeit in den Polikliniken und Beratungsstunden oder gar mit der am allerwenigsten wirksamen schriftlichen Belehrung. Diese von Haus aus mit falschen Ideen und Vorurteilen in der Säuglingspflege vollgepfropften Köpfe zurechtzurichten, verspricht viel zu langsamen und unsicheren Erfolg.

Es ist der Fehler aller unserer Maßnahmen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, daß sie ausschließlich geistiges Eigentum einer kleinen Zahl von Intelligenten sind, die nun ihre wohlgemeinten Ideen mit Güte oder Strenge dem Volke aufzunötigen suchen. Lassen Sie uns diesen Fehler gutmachen, indem wir uns nicht länger mit den mühsamen Belehrungsversuchen an den schon falsch erzogenen Erwachsenen begnügen, sondern die ganze Masse der Jugend schon von der Schulbank aus zu unseren Kampfgenossen und späteren gelehrigen Mitarbeitern machen. In Schweden, in der Schweiz und in Ungarn hat man bereits begonnen, die Jugend in Hygiene, speziell die Mädchen der höheren Schulen in Kinderhygiene zu unterrichten. Welche Bedeutung schon allgemein diesen Versuchen beigemessen wird, zeigt ein Thema des 2. internationalen Kongresses der Gouttes de lait: „Der offizielle und private Unterricht in der Kinderpflege und die Popularisierung der Hygiene des Kindesalters in den verschiedenen Ländern.“

M. H. Dieser Unterricht der Jugend scheint mir die aussichtsvollste Art der Popularisierung unserer Spezialwissenschaft, die gediegenste Grundlage für eine gedeihliche Entwicklung und künftige volle, unbehinderte Wirksamkeit der öffentlichen Säuglingsfürsorge, die sicherste Bürgschaft dafür, daß der Pädiatrie auch in unserem Vaterlande in Zukunft die ihr gebührende Stellung zum Wohle des Volkes eingeräumt wird. Deshalb erachte ich es als ein Gebot

der Klugheit, daß wir beizeiten dieser Frage näher treten, bevor sie von anderer Seite in einer uns vielleicht weniger zusagenden Form aufgegriffen wird.

Ich schlage unmaßgeblich vor, daß die Gesellschaft eine Kommission einsetzt, die bis zur nächsten Tagung von sämtlichen Mitgliedern, ebenso auch von außerdeutschen Autoren in Ländern, in denen bereits Versuche angestellt werden, Gutachten einholt, und uns in spezialisierten, alle Hauptfragen umfassenden Referaten ein Programm vorträgt, das der Gesellschaft als Grundlage einzuleitender Schritte bei den zuständigen Behörden dienen könnte.

M. H. Ich bin am Schlusse. Ich vermute, daß mir in der Diskussion manche Unterlassungssünde vorgeworfen wird. Sie werden mir aber zugeben, daß sich auch in der doppelten Zeit, die einem Referenten zusteht, nicht alle Fragen eines so gewaltigen Themas erörtern lassen. Ich scheute die hier naheliegende Gefahr, Sie mit Zahlen und Daten zu ermüden, und wählte den Ausweg, Sie bezüglich alles sonst noch Wissenswerten auf das gedruckte reichhaltige Aktenmaterial zu verweisen, für deren Beisteuerung ich all den freundlichen und gewissenhaften Mitarbeitern auch an dieser Stelle nochmals meinen verbindlichsten Dank ausspreche.

Mögen Sie auch in manchen Einzelheiten nicht ganz meiner Meinung sein, so hoffe ich doch, daß Sie in der Hauptsache mit meinen Schlußsätzen einverstanden sind, die ich mir erlaube, hier nochmals bekannt zu geben.

Schlußsätze.

1. Unter den gegenwärtigen Verhältnissen sind ärztlich geleitete Beratungsstellen und Milchküchen, zumal eine Vereinigung beider, eine unentbehrliche Einrichtung der öffentlichen Säuglingsfürsorge.

2. Ihr Hauptwert liegt in ihrem erzieherischen Einfluß. Ihre Leistungen sind jeweilen abhängig vom Verständnis des ortsansässigen Publikums im allgemeinen und von der Vorbildung und Intelligenz der Frequentanten im besonderen.

3. Ihre geringe Zahl und ihr kleiner Wirkungskreis läßt nicht erwarten, daß sie die allgemeine Säuglingssterblichkeit nennenswert herabsetzen können.

4. Man wird sich im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit künftig nicht mehr damit begnügen dürfen, die üblen Folgen von

Mißständen zu mildern, sondern wird sich der mühsamen Arbeit unterziehen müssen, das Übel an der Wurzel zu fassen und vor allem das Volk durch methodischen Schulunterricht in Hygiene, speziell auch in Kinder- und Säuglingshygiene, allmählich zum verständigen Mitarbeiter heranzubilden.

5. Um den der Säuglingsfürsorge dienenden Anstalten die richtige Stellung dem Volke gegenüber zu sichern, müssen sie den Charakter sozialer Wohlfahrtseinrichtungen und nicht etwa von Wohltätigkeitsanstalten tragen.

6. Alle derartigen Anstalten sind mit Rücksicht auf ihre vornehmste Bedeutung als Volkserziehungsinstitut unter ärztliche Leitung zu stellen.

7. Die ärztliche Arbeit im Dienste der Säuglingsfürsorge ist nicht umsonst zu leisten.

8. Es ist anzustreben, daß die Fürsorgestellen zu Bezirkszentralen ausgebaut werden, die alle Zweige der Säuglingsfürsorge umfassen.

Die Säuglingsfürsorgestelle III der Stadt Berlin.

(Leiter: Privatdozent Dr. L. Langstein.)

Von

Dr. Böhme, I. Assistent.

Unter den Einrichtungen, die den Bestrebungen, der erschreckend großen Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche Einhalt zu tun, am wirksamsten zu dienen imstande sind, stehen ärztlich geleitete Beratungsstellen an erster Stelle, deren Aufgabe es ist, in den ärmsten Schichten der Bevölkerung, in denen statistisch nachgewiesenerweise die Säuglingssterblichkeit am größten ist, Licht zu verbreiten über rationelle Ernährung und Wartung der Säuglinge.

In dieser Erkenntnis bewilligten im März 1905 die kommunalen Behörden der Stadt Berlin die Mittel zur Errichtung von Säuglingsfürsorgestellen und übertrugen die Verwaltung derselben der städtischen Waisendeputation unterstehenden Schmidt-Gallisch-Stiftung. Es wurde nun die gesamte Stadt in vier Bezirke abgeteilt und in jedem Bezirk eine Säuglingsfürsorgestelle errichtet, in welcher die bedürftigen Mütter und Pflegemütter von Säuglingen (Kinder im ersten Lebensjahre) sich unentgeltlich spezialärztlichen Rat über die Wartung und Ernährung der Säuglinge einholen können. Die ärztlichen Leiter dieser Fürsorgestellen haben in geeigneten Fällen in erster Linie darauf hinzuwirken, daß die Mütter die Säuglinge stillen. Soweit es notwendig erscheint, kann bedürftigen, in Berlin ortsangehörigen Müttern, um ihnen das Stillen zu ermöglichen, auf Antrag des Arztes durch die Stiftung eine Beihilfe gewährt werden. Die ärztlichen Leiter der Fürsorgestellen sind ermächtigt, Müttern, die nicht stillen können, oder Pflegemüttern Milch und andere Nährpräparate in der für den speziellen Fall geeigneten Menge und Zubereitung bis zur Dauer von 8 Tagen unentgeltlich abzugeben. Über diesen Zeitpunkt hinaus soll eine derartige Abgabe der Regel nach nur gegen Erstattung des tarifmäßigen Selbstkostenpreises erfolgen. Ausnahmsweise darf in Berlin ortsangehörigen Müttern auf Antrag des Arztes durch die Stiftung

der Bezug von Milch und Nahrungsmitteln länger als 8 Tage unter dem Selbstkostenpreise gewährt werden, wenn die Bedürftigkeit durch Organe der städtischen Verwaltung nachgewiesen ist. Die Benutzung der Fürsorgestelle und die Gewährung darf nur so lange erfolgen, wie der ärztliche Leiter dies nach dem Gesundheitszustand des Kindes für notwendig erachtet, und die Mütter sich der Aufsicht durch die Organe der Stiftung unterwerfen.

Einrichtung und Betrieb der Säuglingsfürsorgestelle III.

Die Säuglingsfürsorgestelle III, über welche im folgenden eingehend berichtet werden soll, wurde am 3. Mai 1905 der öffentlichen Benutzung übergeben. Ihr Heim fand sie im ersten Stockwerk des städtischen Markthallengebäudes am Arminiusplatz und ihr Bezirk umfaßte bis zum 1. Mai d. J., wo infolge der Vermehrung der Säuglingsfürsorgestellen eine Neueinteilung der Bezirke notwendig wurde, die nordwestlichen und westlichen Stadtbezirke. Ihre Leitung wurde von der städtischen Waisendeputation dem Oberarzte der Königl. Universitätskinderklinik, Herrn Privatdozent Dr. Salge (jetzt Professor in Göttingen), übertragen und zu dessen Nachfolger am 1. April 1906 der Oberarzt an der Königl. Universitätskinderklinik, Herr Privatdozent Dr. Langstein, bestimmt.

Die Säuglingsfürsorgestelle III steht, im Gegensatz zu den Säuglingsfürsorgestellen I und II, die an die bereits bestehenden Polikliniken der Herren Privatdozent Dr. Neumann und Sanitätsrat Dr. Cassel angegliedert wurden, in keinem räumlichen Zusammenhange mit einer Poliklinik, was insofern hervorgehoben werden muß, als daraus, wie aus den späteren Darlegungen ersichtlich, von vornherein eine ganz andersartige Zusammensetzung ihrer Klientel resultierte.

Außer dem Leiter sind in der Fürsorgestelle noch tätig: zwei Assistenzärzte (anfangs einer), eine Schwester und eine weibliche Hilfskraft.

Die Räumlichkeiten, die der Säuglingsfürsorgestelle zur Verfügung stehen, bestehen aus einem großen Wartezimmer, in dem auch die Säuglingswage untergebracht ist, zwei Konsultationszimmern mit Plätzen für 1 resp. 2 Ärzte und der Milchküche mit Ausgabestelle der Milchmarken. Die Sprechstunde findet werktäglich von 1 $\frac{1}{2}$ —2 $\frac{1}{2}$ nachmittags statt.

Ich will zunächst schildern, in welcher Weise sich bei uns der Betrieb täglich abwickelt und bei dieser Gelegenheit die Tätigkeit und Obliegenheiten des Arztes und der Schwester, sowie die Arten und Hilfsmittel der Fürsorge erörtern.

Eine Frau mit ihrem Säugling begehrt, nachdem sie im Erdgeschoß ihren Kinderwagen an einem dazu bestimmten Ort untergebracht hat, Einlaß und wird von dem sie empfangenden Mädchen in das Wartezimmer gewiesen. In diesem, einem großen, hellen, luftigen Raume, der reichlich mit Sitzgelegenheiten versehen ist, herrscht ein reges Leben. Hier waltet die Wärterin, welche die Körpergewichte der Säuglinge feststellt, ihres Amtes. Alle Eintretenden, gleichgültig, ob sie zum ersten Male kommen oder bereits wiederholt da waren, werden genau in der Reihenfolge, wie sie kamen, auf Zetteln notiert, die Kinder gewogen und die Gewichtszahlen hinter den Namen vermerkt. Neuankömmlinge erhalten den Vermerk „neu“. Da das Wägen der Kleinen natürlich nicht ohne mehr oder minder heftiges Oppositionsgeschrei abgeht, so herrscht hier meistens eine sehr animierte Stimmung. Auf jedem Zettel werden vier Kinder notiert und derselbe sodann der im benachbarten Konsultationszimmer befindlichen Schwester übergeben, welche danach die in einer Mappe alphabetisch geordneten Journale der bereits in Beobachtung befindlichen Säuglinge heraussucht und diese mit dem erwähnten Zettel dem Arzt übergibt. Der Arzt öffnet die Tür zum Wartezimmer, ruft die Frauen hinein und die Konsultation beginnt. Die Abfertigung eines Neuankömmlings gestaltet sich nun folgendermaßen. Während die Mutter das nach dem Wägen nur oberflächlich bekleidete Kind auszieht, legt der Arzt ein Journal an und füllt nach der Angabe der Frau folgende, den Kopf des Journals bildende gedruckte Fragen nach dem Nationale und den häuslichen Verhältnissen aus.

Überwiesen von

Name des Kindes

Geburtstag des Kindes

Alter in Monaten

Ehelich oder unehelich

Beruf des Vaters

Einkommen des Vaters

Wohnung der Eltern

In Pflege bei

Zahl der lebenden Geschwister

Zahl der verstorbenen Geschwister woran (wie alt)

Arbeitet die Mutter zu Hause außer dem Hause

Entbindung zu Hause, in Anstalt

Hat das Kind Brust bekommen? { Ja, wie lange?
 { Nein, warum nicht?

Künstlich ernährt, wie?

Woher die Milch? Wie teuer? Wie oft geholt?

Geburtsverlauf?

Erbliche Belastung?

Frühere Erkrankung:

Mund — nicht — ausgewaschen;

Darauf erfolgt eine eingehend körperliche Untersuchung des Kindes, deren Ergebnisse, besonders was den Ernährungszustand und die Konstitution anbetrifft, neben dem Gewichte in das Journal eingetragen werden.

Schon gelegentlich der Untersuchung unterhält sich der Arzt mit der Mutter über die bisher beobachtete Pflege und Wartung ihres Kindes und orientiert sich so darüber, wie weit die Mutter über diese wichtigen Fragen unterrichtet ist. Es findet sich hierbei reichlich Gelegenheit, auf gemachte Fehler aufmerksam zu machen und, daran anknüpfend, belehrende Ratschläge zu erteilen in allen die Säuglingspflege betreffenden Fragen, so über die Reinigung und Trockenlegung, die Behandlung des Nabels, die Beseitigung seborrhöischer Ausschwitzungen auf der Kopfhaut, die Behandlung etwaiger intertriginöser Ekzeme, das zu verpönende Mundauswischen, die meist viel zu reichliche Bekleidung, den Gebrauch des Lutschers usw. Wie man in der Folge beobachten kann, fallen diese Belehrungen und Anregungen meistens auf fruchtbaren Boden und die Mütter sind außerordentlich dankbar dafür. Auch gegen viele im Volksmunde herrschende falsche Ansichten ist es notwendig, hier anzukämpfen und aufklärend zu wirken, so über das Zahnen der Kinder, dem alle möglichen Folgen

zugeschrieben werden. Wie viele schwere Ernährungsstörungen können vermieden werden, wenn die Mütter wissen, daß durchfällige, schlechte Stühle und fieberhafte Zustände nicht auf die Zahnung geschoben werden können! Wie viele Überfütterungen und deren Folgen blieben aus, wenn die Mütter zu der Überzeugung gebracht worden sind, daß nicht jede Unruhe und jedes Schreien des Säuglings Verlangen nach Nahrung ausdrückt.

Nach beendeter Untersuchung gibt der Arzt seine Verordnungen über die von nun ab statthabende Ernährung des Kindes, wobei unermüdlich immer und immer wieder auf den Wert des Stillens und die Unersätzlichkeit der Muttermilch für die körperliche Entwicklung und das spätere Gedeihen des Kindes aufmerksam gemacht wird. Den stillenden Müttern wird Belehrung zuteil über die Technik des Stillens, die sehr oft eine mangelhafte ist, über die Häufigkeit des Anlegens und die Pausen zwischen den einzelnen Mahlzeiten, ferner Aufklärungen über sehr verbreitete irrige Anschauungen betreffend die Tauglichkeit der Muttermilch bei Eintritt der Menstruation, Konzeption oder Erkrankungen.

Bei tatsächlich vorhandenem Mangel an Brustnahrung werden die Mütter eindringlich ermahnt, die Säuglinge nicht ganz abzusetzen und sie über den noch großen Vorzug der Zwiemilchernährung über die rein künstliche Ernährung belehrt. Gewährung von Stillprämien bezweckt einerseits den Eifer zum Stillen anzuregen, andererseits bedürftige Mütter in den Stand zu setzen, ihre eigene Ernährung zu verbessern, drittens auch Stillpropaganda zu machen in den Kreisen der Prämienempfangenden und dadurch viele Mütter der Fürsorge zuzuführen.

Für den künstlich genährten Säugling bestimmt der Arzt nach Maßgabe seiner Untersuchung und des Körpergewichts die Art der Milchmischung und die Größe der Einzelmahlzeiten, setzt die Zahl derselben fest, sowie die Pausen zwischen denselben und belehrt die Mutter über die Zubereitung der Nahrung, die Aufbewahrung und Behandlung der Milch usw. Verordnet werden bei uns nur einfache Milchmischungen, Mehl- und Schleimabkochungen und die Kellersche Malzsuppe. Buttermilch haben wir früher ebenfalls oft verordnet, aber mit derselben keine günstigen Erfahrungen gemacht wegen der mangelhaften Qualität des erhältlichen Materials und der zur Zubereitung absolut nötigen, aber sehr oft mangelnden Sorgfalt der Frauen. Die Diätvorschriften werden auf einem Zettel fol-

genden Schemas, der gleichzeitig noch wichtige Verhaltensmaßregeln enthält, eingetragen und der Mutter mitgegeben.

Vorderseite!

Beim ersten Durchfall muß das Kind gleich vorgestellt werden. Mund nicht auswaschen, da das dem Kinde schadet.

Ihr Kind bekommt — mal täglich, d. h. alle — Stunden, nachts — mal aussetzen,
— Strich und zwar
— Strich Milch
— Strich Zusatz.

Der Zusatz wird bereitet:

Rückseite!

Die Milch muß sofort, nachdem sie ins Haus gebracht ist, in einem sauberen Kochtopf gekocht und 3—5 Minuten im Kochen erhalten werden. Nach dem Kochen muß die Milch schnell abgekühlt und gut zugedeckt an einem kühlen Ort, im Sommer am besten in einem Eisspind oder in einer Schüssel mit kaltem Wasser, das öfter erneuert wird, aufbewahrt werden.

Milch schnell abkühlen und immer kühl aufbewahren!

Flasche und Sauger gut reinigen!

Sämtliche Säuglinge, Brustkinder wie Flaschenkinder, werden in regelmäßigen Intervallen wiederbestellt und so ihre körperliche Entwicklung an Hand ihrer Gewichtskurve kontrolliert. Je nach ihrem Ernährungszustand und dem Verhalten ihres Gewichtsanstieges werden diese Vorstellungen nach dem Ermessen des Arztes wöchentlich oder 14täglich angeordnet. Der Segen dieser regelmäßigen Überwachung der künstlich genährten Kinder leuchtet ohne weiteres ein. Wie wichtig aber auch eine Kontrolle der Brustkinder ist, zeigt die tägliche Erfahrung, daß Frauen ihrer Sorge darüber Ausdruck geben, daß ihre Kinder nicht mehr satt würden. Erst der regelmäßige Gewichtsanstieg ihrer Kleinen überzeugt sie von der Grundlosigkeit ihrer Befürchtung. Eine große Anzahl dieser Kinder würde ohne die Beratung der Fürsorgestelle sicher abgesetzt worden sein. Ein nicht zu unterschätzender Wert, und zwar im Interesse der Stillpropaganda, muß auch dem Umstand beigemessen werden, daß den Müttern bei ihrem häufigen Beisammensein und ihrer Anwesenheit bei dem Wägen der Kinder

die Vorteile der natürlichen Ernährung gleichsam ad oculus demonstriert wird. Wie manche Mutter eines nicht recht vorwärts kommenden Flaschenkindes gelobt sich beim Anblick der an der Brust prächtig gedeihenden kleinen Kerle bei ihrem nächsten auch den Versuch zu machen, zu stillen. Wir sind in der Lage, eine ganze Anzahl von Beispielen der genannten Art anführen zu können.

Eine Behandlung erkrankter Säuglinge findet in der Fürsorgestellen im allgemeinen nicht statt. Ausgenommen sind solche Erkrankungen, deren Behandlung eine rein diätetische ist und die deshalb nicht von der Fürsorge zu trennen sind, wie Ernährungsstörungen leichter Art und Erscheinungen der exsudativen Diathese, sowie Erkrankungen, die zu der Pflege und Wartung des Säuglings in enger Beziehung stehen, wie intertriginöse Ekzeme, Soor usw.

Alle anderen Erkrankungen werden praktischen Ärzten zugeschickt, oder bei Mittellosigkeit der Königl. Universitätskinderpoliklinik überwiesen.

Die Mittel der Fürsorge bestehen einerseits in der Gewährung von Stillprämien an bedürftige stillende Mütter, andererseits in der Abgabe einer guten einwandfreien Kindermilch für künstlich genährte Säuglinge.

Stillprämien können gewährt werden bis zur Höhe von 80 Pf. pro Tag je nach der Bedürftigkeit und auf die Dauer von drei Monaten. Die Mehrzahl der Mütter erhält bei uns solche in Höhe von 30 Pf. pro Tag. Als Grenze der Bedürftigkeit für Gewährung von Stillprämien wird im allgemeinen ein Wochenverdienst des Familienvaters von 25 Mk. angesehen. Über diese hinaus werden Prämien nur ausnahmsweise, wie bei großem Kinderreichtum, Krankheitsfällen in der Familie usw. gewährt. Die Auszahlung der Prämie erfolgt wöchentlich durch die Schwester nach Schluß der Sprechstunde.

Was die Milch angeht, so gewährt die Säuglingsfürsorgestelle III ihrer Klientel die Kindermilch der Meierei A. Bolle, die aus der unter ärztlicher Kontrolle stehenden Musterstallung dieser Meierei bei Köpenick stammt. Diese Milch wird unter allen aseptischen Kautelen von tuberkulinisiertem Milchvieh gewonnen und entspricht allen Anforderungen, die vom hygienischen Standpunkte an eine gute Kindermilch zu stellen sind. Sie wird an Ort und Stelle sterilisiert und kommt in mit Plomben versehenen Flaschen

von $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$ und 1 Liter Inhalt in den Handel. Die Fürsorgestelle bezahlt infolge eines Übereinkommens mit der Firma Bolle für diese Milch, die für den Konsumenten sonst 60 Pf. pro Liter kostet, 40 Pf., und überläßt dieselbe den Müttern für den für gewöhnliche Marktmilch ortsüblichen Preis von 20 Pf. pro Liter. Die Entnahme und Verteilung der Milch geht in folgender Weise vor sich:

Nach Schluß der täglichen Sprechstunde treten die Frauen mit ihren Verordnungszetteln an einen Schalter heran und erhalten hier gegen Erlegung des eben erwähnten Preises Milchmarken über die der Verordnung entsprechende Quantität von $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$ oder 1 Liter. Die Namen und Adressen der Frauen werden der Meierei mitgeteilt, die dafür Sorge trägt, daß ihre in der Frühe in den Straßen verkehrenden Milchwagen die bestellten Quantitäten bei sich führen. Die Entnahme seitens der Frauen erfolgt gegen Rückgabe der Milchmarken auf der Straße. Die Milch gelangt auf diese Weise längstens 3—4 Stunden nach ihrer Gewinnung in die Hände der Konsumenten.

Die Einkommensgrenze für die Nutznießung dieser Vergünstigungen liegt bei 30 Mk. Wochenverdienst. Bei höherem Einkommen findet eine Unterstützung und Beratung nicht statt. In Fällen von ganz besonderer Bedürftigkeit werden den Ärmsten der Armen auf Antrag des Arztes die Wohltaten der Fürsorge auch ganz umsonst gewährt.

Was die eingangs erwähnte Milchküche betrifft; über welche die Fürsorge verfügt, und die unter Leitung der Schwester steht, so muß ich berichten, daß dieselbe nur in sehr bescheidenem Umfange betrieben wird. Es gibt erfahrungsgemäß eine ganze Anzahl Frauen in diesen in den ärmlichsten Verhältnissen lebenden Bevölkerungsschichten, denen trotz der größten Mühe nicht das geringste Verständnis für Hygiene beizubringen ist, die absolut nicht an die nötige Sauberkeit in der Zubereitung der Säuglingsnahrung zu gewöhnen sind. Solange es sich um gesunde Säuglinge und einfache Milchmischung handelt, geht die Sache meistens gut, handelt es sich aber um sehr schwächliche oder um ernährungs-gestörte Kinder, die ein langes Reparationsstadium durchzumachen haben und denen ärztlicherseits eine komplizierter herzustellende Nahrung, wie die Kellersche Malzsuppe oder die Buttermilch verordnet ist, dann kann oft das größte Unheil angerichtet werden, wenn den unzuverlässigen Müttern die Zubereitung dieser Nahrungs-

gemische, die die peinlichste Sorgfalt und Sauberkeit erfordert, überlassen wird. Nur für diese bei uns immerhin in beschränkter Anzahl vorkommenden Fälle ist unsere Milchküche bestimmt. Die Nahrung wird hier frühmorgens sofort nach Eintreffen der Bolleschen Milch in trinkfertigen Einzelportionen für den ganzen Tag hergestellt und von den Frauen zu bestimmter Morgenstunde abgeholt. Die Resultate, die wir mit dieser Einrichtung erzielt haben, waren ausgezeichnete.

Nach dieser Schilderung des Betriebes in den Räumen der Fürsorgestelle während der Sprechstunde erübrigt es sich, noch einiges über den für die Säuglingsfürsorge so enorm wichtigen Außendienst zu sagen, der in den Händen unserer außerordentlich tüchtigen Schwester liegt. Die amtliche Tätigkeit der Schwester besteht darin, binnen 8 Tagen nach Aufnahme der Kinder die Recherchen nach der Bedürftigkeit in den Wohnungen der Rat und Unterstützung Suchenden anzustellen und auf Grund ihrer Erhebung dann dem leitenden Arzte die Anträge auf Unterstützung durch die Stiftung zu unterbreiten. Diese häuslichen Besuche nun bilden einen ganz wesentlichen Faktor der modernen Säuglingsfürsorge. Geben sie doch Gelegenheit, die mündlichen Belehrungen des Arztes in die Tat umzusetzen, die gewissenhafte Ausführung der Verordnung persönlich helfend zu unterstützen, nach Einblick in die oft traurigen Wohnungs- und Lebensverhältnisse hygienische Mißstände und Fehler, besonders was die Behandlung und Zubereitung der Säuglingsnahrung anlangt, aufzudecken und zu beseitigen, Vorurteile aufzuklären, falschen Anschauungen erfolgreich zu begegnen und Verständnis zu erwecken für eine rationelle sorgfältige Pflege und Ernährung der Säuglinge. Besonders wer mit so viel Umsicht, Takt und Geschick mit den Leuten umzugehen versteht, und, was die Hauptsache ist, sich ihr besonderes Vertrauen zu erwerben weiß, wie die Schwester unserer Fürsorgestelle, wird hier außerordentlich segensreich wirken.

An Unterstützungen wurden von der Fürsorgestelle III in den ersten beiden Jahren ihrer Wirksamkeit ausgegeben:

I. An Stillprämien:

1905	
Mai	} Mk. 62,30
Juni	
Juli	„ 170,80
August	„ 328,30
September	„ 365,30
Oktober	„ 449,40
November	„ 613,40
Dezember	„ 637,10
1906	
Januar	„ 826,—
Februar	„ 880,—
März	„ 343,—
April	„ 1054,40
	<u>Mk. 5730,—</u>

1906	
Mai	Mk. 968,70
Juni	„ 983,—
Juli	„ 1043,20
August	„ 918,90
September	„ 615,30
Oktober	„ 734,20
November	„ 1279,60
Dezember	„ 618,80
1907	
Januar	„ 1085,70
Februar	„ 740,60
März	„ 739,20
April	„ 752,50
	<u>Mk. 10479,70</u>

II. An Kindermilch:

1905	
Mai	296,25 Liter
Juni	751,50 „
Juli	1332,75 „
August	1836,50 „
September	2081,75 „
Oktober	2153,50 „
November	2316,50 „
Dezember	2700,50 „
1906	
Januar	2865,— „
Februar	3036,50 „
März	3703,50 „
April	3579,— „
	<u>26653,25 Liter</u>

1906	
Mai	3355,25 Liter
Juni	3090,25 „
Juli	2909,— „
August	2992,50 „
September	2860,50 „
Oktober	2694,50 „
November	2661,50 „
Dezember	2429,50 „
1907	
Januar	2312,50 „
Februar	2108,50 „
März	2243,25 „
April	1955,50 „
	<u>31612,75 Liter</u>

Statistik.

Die vorliegende Statistik der Säuglingsfürsorgestelle III umfaßt einen Zeitraum von 2 Jahren, und zwar vom Tage ihrer Gründung am 3. Mai 1905 bis zum 1. Mai 1907. In dieser Zeit wurde die Fürsorgestelle von 1951 Säuglingen in Anspruch genommen. Da-

von entfallen auf das erste Jahr 814, auf das zweite Jahr 1137. Die 814 Säuglinge des ersten Jahres benötigten 5647 Konsultationen, die 1137 des zweiten Jahres 8077 Konsultationen, zusammen 13724 Konsultationen. Diese Inanspruchnahme verteilt sich auf die einzelnen Monate wie folgt:

Tabelle I.

Monat	Neu- aufnahmen	Konsul- tationen	Monat	Neu- aufnahmen	Konsul- tationen
1906			1906		
Mai . . .	36	108	Mai . . .	127	846
Juni . . .	56	262	Juni . . .	110	739
Juli . . .	86	602	Juli . . .	130	867
August . .	103	648	August . .	130	942
September .	50	471	September .	90	715
Oktober . .	38	409	Oktober . .	107	733
November .	51	385	November .	69	586
Dezember .	57	405	Dezember .	47	478
1906			1907		
Januar . .	71	546	Januar . .	73	511
Februar . .	71	557	Februar . .	77	553
März . . .	85	680	März . . .	78	594
April . . .	110	574	April . . .	99	513
Sa.	814	5647	Sa.	1137	8077

Danach kamen auf ein Kind in beiden Jahren im Durchschnitt 7 Konsultationen. Bei der Einteilung der Kinder in eheliche und uneheliche ergibt sich, daß 1655 ehelichen Kindern 296 uneheliche gegenüberstehen, d. h. 18,2 % der Kinder waren uneheliche. Was das Geschlecht betrifft, so waren von den ehelichen Kindern 868 Knaben und 787 Mädchen, von den unehelichen 162 Knaben und 134 Mädchen. Das männliche Geschlecht überwog demnach etwa um 10 %. Von den unehelichen Kindern befanden sich 115 = 42,9 % bei der Mutter, während 181 = 57,1 % Pflegemüttern anvertraut waren. Von den ehelichen Kindern waren nur 8, d. h. 0,5 % in Pflege.

Zwillingspärchen hatten wir 16 in Beobachtung. Ein Kind war das überlebende von Drillingen. Frühgeboren waren 59 Säuglinge = 3 %, davon 5 im 7. Monat geboren, 30 im 8. Monat und 24 im 9. Monat.

Die meisten Mütter wurden der Fürsorgestelle zugeführt durch

mündliche Weiterempfehlungen seitens beratener Frauen in ihren Bekanntenkreisen, nämlich 1051 oder 53,8 %. Durch den Hinweis, den die Redaktion des „Vorwärts“ aus eigenem Antriebe in ihren Spalten zu bringen pflegt, wurden 273 oder 13,9 % veranlaßt zu kommen, am Schild an der Haustüre hatten es gelesen 113 oder 5,7 %, durch die polizeilichen Aufsichtsdamen, die Waisenverwaltung und die innere Mission wurden zugewiesen (meist uneheliche Kinder) 152 oder 7,8 %, durch den Verein für häusliche Gesundheitspflege 125 oder 6,4 %, durch Hebammen 184 = 9,4 %, durch Ärzte 33 = 1,7 %, durch Organe der städtischen Armenpflege 7 = 0,4 %. Auffällig ist bei diesen Zahlen die geringe Unterstützung der Fürsorgebestrebungen durch die Armenpflege und durch die praktischen Ärzte. Das wenig entgegenkommende Verhalten der letzteren ist wohl aus dem unbegründeten Mißtrauen zu erklären, Patienten zu verlieren. Das ist vollkommen irrig, denn einmal behandeln wir, wie bereits gesagt, kranke Kinder nicht, und zweitens konsultieren die Frauen der für uns in Betracht kommenden Kreise in reinen Ernährungsfragen Ärzte im allgemeinen überhaupt nicht.

Zur Beurteilung der sozialen Verhältnisse, in denen unsere Schützlinge leben, seien folgende Angaben über die wirtschaftliche Lage der Familienernährer sowie über den Kinderreichtum der Familien mitgeteilt. 82 Väter = 4,2 % waren ohne Verdienst, meist infolge Krankheit, und die Sorge für die Familie lastete auf den Schultern der Mutter, unterstützt durch öffentliche oder private Wohltätigkeit, 220 Väter = 11,3 % hatten einen wöchentlichen Verdienst unter 20 Mk., 851 = 43,6 % hatten einen solchen zwischen 20—25 Mk., 371 = 18,5 % verdienten 25—30 Mk. pro Woche. In 15 Fällen war der Vater gestorben, 4 Väter saßen im Gefängnis und in 23 Fällen war die Mutter eheverlassen.

In 858 Fällen = 43,9 % war der in Beobachtung stehende Säugling das einzige Kind.

394 Familien hatten 2 Kinder

266	„	„	3	„
201	„	„	4	„
115	„	„	5	„
57	„	„	6	„
34	„	„	7	„
16	„	„	8	„
10	„	„	9 und mehr Kinder.	

1010 Mütter suchten die Fürsorgestelle auf, weil sie von der Gewährung von Stillprämien gehört hatten, 602 künstlich genährte Säuglinge wurden gebracht, um für dieselben eine bessere Milch zu erlangen, teils auch um die Milch gratis zu erreichen, 339 Frauen kamen, um sich ärztlichen Rat über die Ernährung des Kindes zu holen, da dieselben bei der bisherigen Nahrung nicht gediehen resp. Ernährungsstörungen hatten. Hervorgehoben verdient zu werden, daß unter der letzten Kategorie auch eine ganze Reihe Frauen sich befanden, welche ihre Kinder selbst genährt hatten, aber der Meinung waren, daß dieselben nicht mehr genug bekämen oder daß ihre Milch nichts mehr tauge, und sich nun Rat holen wollten, wie die weitere Ernährung zu gestalten sei. Hier konnte die Fürsorge insofern sehr segensreich wirken, als vielen Säuglingen die Mutterbrust noch eine Zeitlang erhalten blieb, nachdem sich die Mütter durch den wöchentlichen Gewichtsanstieg ihrer Kleinen hatten überzeugen lassen, daß ihre Befürchtungen grundlos gewesen waren.

(Schluß folgt.)

Zeitschrift für Säuglingsfürsorge

Band 2

1908

Nr. 5

Die Säuglingsfürsorgestelle III der Stadt Berlin.

(Leiter: Privatdozent Dr. L. Langstein.)

Von

Dr. Böhme, I. Assistent.

(Schluß.)

In bezug auf die Ernährung teilten sich die Neuaufgenommenen folgendermaßen ein:

Tabelle II.

	Brustkinder	Allaitement mixte	Flaschen- kinder	Summa
1905/06	261	19	534	814
1906/07	756	75	306	1137
Sa.	1017	94	840	

Hier ergibt sich die überraschende Tatsache, daß im zweiten Jahre unter den Neuaufgenommenen $2\frac{1}{2}$ mal mehr Brustkinder waren als Flaschenkinder, während im ersten Jahre nur $\frac{1}{2}$ soviel Brustkinder zur Aufnahme kamen als Flaschenkinder. Die Zahl der durch Allaitement mixte ernährten Kinder war sogar viermal so groß als die des Vorjahres. Wenn man auch aus diesen Zahlen natürlich nicht schließen darf, daß im Bezirk der Fürsorge eine so enorme Verschiebung zugunsten der natürlichen Ernährung stattgefunden hat, sondern vielmehr annehmen muß, daß der starke Zufluß der Brustkinder à conto des weiteren Bekanntwerdens von der Gewährung der Stillprämien zu setzen ist, während andererseits der Rückgang der Flaschenkinder als der Ausdruck dafür anzusehen ist, daß in die beteiligten Kreise das Verständnis für den Wert einer guten Kindermilch nur sehr schwer hineinzutragen ist, so muß das Resultat trotzdem als ein außerordentlich günstiges im Sinne der von der Fürsorgestelle geübten Stillpropaganda bezeichnet werden. Daß unter der großen Anzahl Frauen, welche die Gewährung der Stillprämien anlockte, sicher sehr viele sich befanden, die dadurch veranlaßt wurden, ihren Kindern den Segen der Mutterbrust zuteil werden zu lassen, steht meiner Ansicht nach außer Zweifel.

Über das Alter der Neuaufgenommenen gibt folgende Tabelle Aufschluß:

Tabelle III.

Im Alter von	Brustkinder	Zwimilohkinder	Flaschenkinder	Summa
1—8 Tage	21	5	14	40
9 Tg. bis Ende des 1. Mon.	452	13	133	598
des 2. Monats	239	32	141	412
„ 3. „	106	14	137	257
„ 4. „	62	8	89	159
„ 5. „	34	7	73	114
„ 6. „	29	3	63	95
„ 7. „	24	4	55	83
„ 8. „	18	2	43	63
„ 9. „	12	2	32	46
„ 10. „	13	2	32	47
„ 11. „	5	2	16	23
„ 12. „	2	—	12	14
Sa.	1070	94	840	1951

Hieraus geht erfreulicherweise hervor, daß 818 = 80 % aller zugeführten Brustkinder innerhalb des ersten Lebensvierteljahres in Beobachtung kam. Von den Säuglingen, die Brust und Flasche erhielten, waren 64 oder ca. 70 % noch nicht drei Monate alt, von den Flaschenkindern 425 = 50 %. Für Brustkinder ist eine frühzeitige ärztliche Kontrolle deshalb von so großer Bedeutung, weil nur dadurch den Folgen einer fehlerhaften Handhabung des Stillgeschäftes wirksam begegnet und ungünstige Resultate trotz der allerbesten Ernährung vermieden werden können. Hat doch Keller ¹⁾ gezeigt, daß in Magdeburg wegen dieser Fehler trotz der viel stillenden Bevölkerung — ca. 60 % aller Säuglinge wurden gestillt — die Säuglingssterblichkeit eine sehr hohe war. Die Fürsorgebestrebungen werden deshalb in Zukunft, dem Rate Kellers folgend, vorzugsweise darauf gerichtet sein müssen, daß die Brustkinder bereits innerhalb des ersten Lebensmonats der ärztlichen Beratung zugeführt werden.

Hinsichtlich der künstlich genährten Kinder liegen die Verhältnisse insofern ungünstiger, als dieselben erfahrungsgemäß erst

¹⁾ Monatsschr. f. Kinderheilk., Bd. IV, Heft 10.

dann gebracht werden, wenn die Mütter mit ihrem Ernährungsregime nicht mehr weiter kommen oder bereits Ernährungsstörungen eingesetzt haben oder aber, wenn ihre Bedürftigkeit so groß ist, daß sie gratis Milch erhoffen. Es gilt hier in erster Linie die Indolenz und Einsichtslosigkeit der Frauen zu bekämpfen, die, wenn das Kind nach ihrer Meinung gut gedeiht, eine Wohltat in den Fürsorgeeinrichtungen nicht erblicken, da sie ja hier die Milch ebenso hoch bezahlen müssen wie die Handelsmilch, und ärztliche Belehrungen, sowie eine gute Kindermilch zu gering einschätzen.

Was das Ernährungsregime der Mütter vor dem Eintritt in die Fürsorgebeobachtung betrifft, so konnten wir feststellen, daß dasselbe in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ein falsches war.

	Zweckmäßig	Unzweckmäßig
Von 1017 Brustkindern wurden ernährt	416 = 40,9 %	601 = 59,1 %
„ 94 Zwiemilchkindern „ „	38 = 40,5 „	56 = 59,5 „
„ 840 Flaschenkindern „ „	155 = 18,5 „	685 = 81,5 „

Unter „unzweckmäßig“ verstehen wir bei Brustkindern mehr als sechs Mahlzeiten täglich, sowie eine unregelmäßige Darreichung der Brust, bei Zwiemilchkindern eine qualitativ und quantitativ ungeeignete Beifütterung, bei künstlich genährten Kindern mehr als 5 Mahlzeiten täglich, ungeeignete Art der Nahrung — falsche Milchgemische, Konserven, Kindermehlernährung — und zu große Tagesquantitäten, die sehr oft pro Tag zwei Liter Flüssigkeit überstiegen. Gerade bei der künstlichen Ernährung wird, wie die obigen Prozentzahlen zeigen, am meisten gesündigt, meist auf Grund von Unerfahrenheit und unterstützt durch schlechten Rat unberufener Ratgeber — weise Frauen, Hebammen usw. —, sowie nicht zum geringsten durch die gemeingefährliche Reklame geschäftseifriger Nahrungsmittelfabrikanten. Hier hat die Säuglingsfürsorge die schwierige aber sehr dankbare Aufgabe, immer mehr Aufklärung zu verbreiten über rationelle Ernährung.

Über die vorherige Ernährung der aufgenommenen 840 Flaschenkinder ist ferner zu berichten, daß von denselben 521 = 62 % von Anfang an künstlich ernährt wurden, die übrigen waren wohl bei ihrer Aufnahme Flaschenkinder; hatten aber vorher längere oder kürzere Zeit Brust erhalten.

Über den Umfang dieser Brusternährung sprechen folgende Zahlen:

Es erhielten Brust vorher:

Bis zu 14 Tag.	Bis 1 Mon.	Bis 6 Woch.	Bis 2 Mon.	Bis 3 Mon.	Bis 4 Mon.	Bis 5 Mon.	Bis 6 Mon.	Bis 7 Mon.	Bis 8 Mon.	Bis 9 Mon.
90	54	47	41	43	23	10	6	2	1	2

Von den Zwiemilchkindern erhielten nur Brust vorher:

14 Tag. lang	1 Mon. lang	6 Woch.	2 Mon. lang	3 Mon. lang	4 Mon. lang	5 Mon. lang	6 Mon. lang	7 Mon. lang	8 Mon. lang	9 Mon. lang
12	27	18	11	9	5	2	2	1	1	1

Fünf bekamen von Anbeginn an die Flasche neben der Brust.

Bei der Aufnahme von Flaschenkindern sind wir nun jedesmal im Interesse der Stillpropaganda den Gründen nachgegangen, weshalb die Brust nicht gegeben wurde oder weshalb die Kinder frühzeitig abgesetzt wurden.

Tabelle IV.

(Ursachen des Nichtstillens.)

Mangel an Brustnahrung	166 mal
Nachgehen nach Erwerb	152 „
„Schwäche der Mutter“	47 „
Lungenleiden der Mutter	34 „
Mastitis	15 „
„Kind wollte die Brust nicht nehmen“ .	17 „
Keine Lust zum Stillen	10 „
Hohlwarzen	8 „
Krankheit der Mutter (?)	9 „
Mutter wurde Amme	4 „
Tod der Mutter	3 „
Mutter kam ins Krankenhaus	3 „
Glaubte zu blutarm zu sein	3 „
„Stiche“ der Mutter	3 „
Wunde Brustwarzen	3 „
Herzleiden der Mutter	2 „

Nicht gestillt wurden: 479 Kinder

Übertrag: 479 Kinder

Nahrung habe nichts getaugt	2 mal
Weil die Mutter schon 44 Jahre alt war	2 „
Das Kind kam in Pflege	2 „
Die Nahrung bekam dem Kinde nicht, weil zu viel da war	1 „
Gaumenspalte	1 „
Hasenscharte	1 „
Starke Blutung der Mutter	1 „
Wochenbettfieber	2 „
Mutter wurde operiert (Perityphlitis)	1 „
Mutter hatte geschwollene Füße	1 „
Mutter glaubte, daß sie nur 6 Wochen nähren könne und sich das nicht erst verlohne	1 „
Mutter Puella publica	1 „
Auf Anraten der Hebamme	21 „
Dammriß	
Mutter habe keine Nahrung	
Nahrung tauge nichts	
Mutter sei zu nervös	
Es hätte keinen Zweck anzufangen, da sie doch nur kurze Zeit stillen könne	
Weil das Kind grüne Stühle habe	
Auf Anraten des Arztes	5 „

Nicht gestillt wurden: 521 Kinder

Tabelle V.

(Warum vorzeitig abgesetzt.)

Wegbleiben der Brustnahrung	90 mal
Nachgehen nach Erwerb	56 „
Kind wurde nicht satt	98 „
„Stiche und Kreuzschmerzen der Mutter“	14 „
„Schwäche“ der Mutter	15 „
Kind wollte die Brust nicht mehr nehmen	5 „
Mutter wurde Amme	5 „

Vorzeitig abgesetzt wurden: 283 Kinder

Übertrag: 283 Kinder

Mastitis	11 mal
Mutter wurde krank (?)	6 „
Influenza der Mutter	1 „
Eintritt der Menstruation	4 „
Neue Gravidität	1 „
Wegen Soor des Kindes	2 „
Mutter wurde schwindlig	1 „
Mutter war magenleidend	1 „
Appetit der Mutter ließ nach	1 „
Weil das Kind verstopft war	1 „
Weil der andere Zwillig die Brust braucht	1 „
Auf Anraten des Arztes	7 „

Vorzeitig abgesetzt wurden: 320 Kinder

Prüfen wir die Berechtigung dieser angeführten Gründe, so finden wir, daß nur sehr wenige wirklich stichhaltig sind. Abgesehen von den Fällen (ca. 22%), wo zwingende soziale Verhältnisse die Mutter nötigten, ihre Zeit ganz der Erwerbstätigkeit zu widmen oder wo leider die Ammentätigkeit ein Hintenansetzen des eigenen Kindes erforderte, kann man nur die Lungenleiden der Mutter — es handelte sich hier ausschließlich um Frauen, die früher schon einmal in einer Heilstätte gewesen waren — und zwar im Interesse der Mutter als berechtigt gelten lassen, von der natürlichen Ernährung abzusehen. Die übrigen Gründe werfen ein grelles Licht auf den Unverstand und die Unkenntnisse, die im Volke über die Stillfähigkeit und ihre Bedeutung herrschen. Die Angaben über Milchmangel oder Wegbleiben der Nahrung beruhen meist auf irriger Anschauung über den Nahrungsbedarf des Kindes oder weisen auf eine mangelhafte Stilltechnik hin. Die Ratschläge der Hebammen (21) zeugen sämtlich von mangelnder Sachkenntnis und sprechen für die von vielen Seiten jetzt immer lauter werdenden Forderungen nach einer gründlicheren Ausbildung der Hebammen in den Fragen der Ernährung der Neugeborenen. Eins lehren die vielfältigen Gründe des Nichtstillens aber noch, nämlich, daß es für eine aussichtsreiche Stillpropaganda unbedingt nötig ist, die Frauen so früh als möglich auf die Bestrebungen der Säuglingsfürsorge aufmerksam zu machen. Vielleicht empfiehlt es sich zu diesem Zwecke, die in Hannover bestehende Einrichtung,

wo den Angehörigen bei der Geburtsmeldung eines Kindes auf dem Standesamte ein Zettel mit dem entsprechenden Hinweis auf die Fürsorgestellen eingehändigt wird, auch bei uns in Berlin einzuführen¹⁾).

Über die Dauer der Brusternährung bei den von uns beobachteten Säuglingen ergaben sich folgende Resultate:

Tabelle VI.
Stilldauer inkl. Allaitement mixte.

Es wurden gestillt	Unter unserer Beobachtung	Vor unserer Beobachtung
Bis zu 4 Wochen . . .	71	144
Bis zu 3 Monaten . . .	173	131
4—7 Monate	584	41
Über 7 Monate	283	3
	} 78,4 %	
	} 13,4 %	
Als Brustkinder und Zwiemilchkinder aufgenommen	1111	Als Flaschenkinder aufgenommen 319

Hierbei ist zu bemerken, daß die Angaben in der ersten Rubrik nicht die absolute Stilldauer angeben, sondern die von uns beobachtete. Die 71 Kinder der ersten Reihe sind sämtlich weggeblieben, weil sie keine Stillprämien erhielten. Von den Kindern der zweiten und dritten Reihe sind die meisten weggeblieben, nachdem die Gewährung von Stillprämien sistiert hatte, nur die 283 Kinder der letzten Reihe sind bis zum Ende ihrer Muttermilchernährung bei uns beobachtet worden. Über die absolute Dauer der Stillperiode Erhebung anzustellen, ist deshalb fast unmöglich, weil die meisten Frauen nicht mehr wiederkommen, wenn für sie keine materiellen Vorteile mehr damit verbunden sind. Jedoch sind, wie aus späteren Erkundigungen hervorgegangen ist, auch die Kinder der zweiten und dritten Reihe länger als 7 Monate gestillt worden. Jedenfalls läßt sich aus der Zusammenstellung ersehen, daß von den zugeführten Brustkindern ca. 80 % eine ausreichende natürliche Ernährung zuteil geworden ist, und man wird nicht fehlgehen, wenn man annimmt, daß dazu die Fürsorge ein gut Teil mit beigetragen hat, besonders wenn man vergleichend in

¹⁾ Zeitschr. f. Säuglingsfürs. Bd. I, Heft 9, S. 291.

Betracht zieht, daß von den 319 als Flaschenkinder aufgenommenen anfangs gestillten Säuglingen der zweiten Rubrik nur 13 % ausreichend Brustnahrung erhielten.

Über die Beobachtungsdauer in der Fürsorgestelle im allgemeinen gibt die nächste Tabelle Auskunft:

Tabelle VII.

Dauer bis	8 Tage	$\frac{1}{2}$ 1-2 Mon.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Kinder nicht unterstützter Mütter . .	382	11	9	3										
Kinder unter- stützter Mütter	194	82	174	277	242	223	129	87	57	30	16	14	11	6

Die hohen Zahlen der ersten Spalte erklären sich daraus, daß diese Frauen nicht wiederkamen, teils weil sie keine Unterstützung erhielten, teils weil sie ärztliche Behandlung der erkrankten Kinder wünschten und deshalb abgewiesen wurden, oder weil sie in den Distrikten anderer Fürsorgestellen wohnten, oder weil ihnen unsere Verordnungen nicht paßten usw. Den Umfang der Fürsorgetätigkeit illustriert jedoch noch besser die folgende Tabelle, aus welcher hervorgeht, wie oft jedes Kind zur Sprechstunde gebracht wurde:

Tabelle VIII.

Es konsultierten:

576 Kinder	1 mal =	576 Konsultationen
190 "	2 " =	380 "
137 "	3 " =	411 "
125 "	4 " =	500 "
93 "	5 " =	465 "
59 "	6 " =	354 "
64 "	7 " =	448 "
76 "	8 " =	608 "
79 "	9 " =	711 "
82 "	10 " =	820 "
76 "	11 " =	836 "
38 "	12 " =	456 "
44 "	13 " =	572 "
20 "	14 " =	280 "
1659 Kinder		7417 Konsultationen

Übertrag: 1659 Kinder			7417 Konsultationen	
24	"	15 mal =	360	"
23	"	16 " =	368	"
19	"	17 " =	323	"
25	"	18 " =	450	"
27	"	19 " =	513	"
29	"	20 " =	580	"
34	"	22 " =	748	"
15	"	23 " =	345	"
11	"	24 " =	264	"
10	"	25 " =	250	"
15	"	26 " =	390	"
10	"	27 " =	270	"
14	"	28 " =	392	"
16	"	32 " =	512	"
5	"	36 " =	180	"
9	"	40 " =	360	"
<hr/> 1951 Kinder			<hr/> 14724 Konsultationen	

Dabei ist zu beachten, daß die Kinder durchschnittlich je nach ihrem Befinden alle 8—14 Tage bestellt wurden, in Fällen von Ernährungsstörungen jedoch sehr viel öfter.

Des weiteren will ich, um das Bild von der Inanspruchnahme der Fürsorgestellen und der Charakterisierung ihrer Klientel zu ergänzen, auch die Art des Ausscheidens der beobachteten Säuglinge und die Gründe desselben statistisch schildern:

Von den 1951 Aufgenommenen wurden 319 = 16,3% nach Vollendung des ersten Lebensjahres aus der Beobachtung entlassen, 196 = 10% verzogen nach außerhalb oder in den Bereich anderer Fürsorgestellen und wurden diesen überwiesen. Entlassen wurden kurze Zeit vor vollendetem ersten Lebensjahre: wegen Masern 3, wegen Masern der Geschwister 2, wegen Diphtherie der Geschwister 1, wegen Pertussis 17. Aus Gründen der Disziplin mußten entlassen werden: wegen beständigen Ungehorsams gegen die ärztlichen Verordnungen 10 Frauen, wegen ungezogenen Benehmens gegen die Kontrollbesuche machende Schwester 9. Abgewiesen wurden wegen zu hohen Einkommens 52, ferner 7 Frauen, deren Kinder das erste Lebensjahr überschritten hatten. 71 Kinder

sind im Laufe der Beobachtung gestorben, von denen später berichtet wird.

Aus der Beobachtung weggeblieben sind 1132 Kinder, und zwar mit folgender Begründung ihrer Mütter:

Sobald die Stillprämien sistierten	505
Weil sie keine Stillprämie erhielten wegen mangelnder	
Bedürftigkeit	62
do. do. da nicht ortsangehörig	58
Das Kind kam ins Krankenhaus	87
Das Kind kam ins Waisenhaus	4
Weil der Mutter unsere Verordnungen nicht paßten	39
Weil dem Vater " " " "	1
Weil das Kind in Ordnung ist	54
Weil das Kommen zu große Unbequemlichkeiten	
machte	74
Keine Zeit zu kommen wegen der anderen Kinder	12
Keine Zeit zu kommen wegen zu viel Arbeit . .	8
Zum anderen Arzte gegangen	54
Weil der Mann es nicht erlaubte	3
Der Mann will den Milchwechsel nicht.	3
Weil der Mann der Ansicht ist, unsere Milch sei	
nicht besser als die früher gegebene	1
Der Mann findet, daß sein Kind gesund ist und uns	
nicht mehr braucht	1
Der Mann ist der Meinung, daß das Kind nicht	
genug bekommt	1
Der Mann duldet nicht, daß sein Kind nachts hungert	1
Der Mann duldet nicht, daß das Kind nur Tee be-	
kommt	2
Der Mann will nicht, daß sein Kind Milch von	
Bolle erhält	3
Weil die Mutter meint, daß das Kind nicht satt wird	4
Weil wir dem Kinde keine Medizin verschrieben haben	1
Weil es bei uns nicht besser wird	1
Wollte nur ärztlichen Rat	9
Bei anderen Ärzten ginge die Sache schneller . .	2
Weil das Kind unbedingt 2 Liter Milch täglich brauchte	1
Weil sie einen Verweis bekam	2
Weil das Kind unsere Milch nicht verträgt . . .	5

Weil sie keine Brust geben will	4
Nachdem die Dyspepsie gehoben war	5
Weil der Arzt gemeint hat, ein Kind könne keinen	
Tag lang von Tee leben	1
Weil die Gratismilch aufhörte	3
Mutter wurde krank	5
Mutter wurde Amme	1
Es verlohnte sich nicht zu kommen	2
Ohne zu eruierenden Grund	124

Ein großer Teil dieser Begründung veranschaulicht deutlich, gegen was für vorgefaßte Meinungen, Vorurteile, Dummheit und Indolenz die Fürsorgebestrebungen anzukämpfen haben und wie es leider sehr oft trotz der größten Mühe nicht gelingt, den Leuten das nötige Verständnis beizubringen.

Ich wende mich nun zu dem Bericht über den Ernährungszustand der in Beobachtung gestandenen Säuglinge, sowie zur Darlegung der Ernährungsergebnisse im Verlaufe der Fürsorgekontrolle an Hand der Körpergewichtstabellen (Seite 162/163).

Am besten gewinnt man einen Überblick, wenn man diese Ergebnisse mit den von Cammerer festgestellten Durchschnittszahlen für Brust- und Flaschenkinder vergleicht. Ich habe der gerechteren Beurteilung wegen bei dieser Aufstellung die Säuglinge, die bis zu 100 g über resp. unter dem Mittelwerte wogen, noch als normalgewichtig gerechnet, sowie die Zwiemilchkinder den Brustkindern zugezählt. Es ergab sich, daß von 1951 Säuglingen $303 = 15,6\%$ ein dem normalen Durchschnitt entsprechendes Gewicht hatten, und zwar $10,2\%$ Brustkinder und $5,4\%$ Flaschenkinder. Über dem Durchschnitt wogen $672 = 34,4\%$, und zwar $22,2\%$ Brustkinder und $12,2\%$ Flaschenkinder. Unter dem Durchschnitt wogen $976 = 50\%$, und zwar $24,5\%$ Brustkinder und $25,5\%$ Flaschenkinder (Tabelle siehe Seite 164/165).

Die Aufstellung der Untergewichtszahlen veranschaulicht außerordentlich deutlich, ein wie minderwertiges Material der Fürsorgestelle zugeführt wurde. Hauptsächlich gilt dies für die künstlich genährten Kinder, von denen $196 = 23,3\%$ ein Untergewicht zwischen 1000—4300 g unter den Cammererschen Durchschnittszahlen aufwiesen. Das ist ein enorm hoher Prozentsatz, besonders wenn man bedenkt, daß unter diesen Kindern nur sehr wenige Frühgeburten oder Zwillinge sich befanden. Letztere wurden zum

Tabelle IX.
Körpergewichte bei der Aufnahme.

Im Alter von:	0-1 Mon.			1-2 Mon.			2-3 Mon.			3-4 Mon.			4-5 Mon.			5-6 Mon.		
	Br.	Zw.	Fl.	Br.	Zw.	Fl.	Br.	Zw.	Fl.	Br.	Zw.	Fl.	Br.	Zw.	Fl.	Br.	Zw.	Fl.
Bis 1 1/2 kg . . .	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
" 2 " . . .	4	2	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
" 2 1/2 " . . .	7	2	11	1	—	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
" 3 " . . .	54	2	22	5	—	9	3	—	4	2	—	2	—	—	1	—	—	1
" 3 1/2 " . . .	123	4	50	25	7	34	1	—	19	1	—	2	—	—	—	—	—	2
" 4 " . . .	137	5	47	46	5	44	2	2	22	3	1	11	2	—	9	—	—	2
" 4 1/2 " . . .	101	3	10	70	8	29	10	3	29	16	1	16	1	—	3	—	—	10
" 5 " . . .	36	—	1	57	5	15	26	4	34	5	1	21	1	1	6	—	—	3
" 5 1/2 " . . .	6	—	—	25	7	4	31	1	18	5	1	11	3	1	15	4	1	10
" 6 " . . .	—	—	—	8	—	1	15	2	7	12	1	13	7	1	15	1	—	9
" 6 1/2 " . . .	—	—	—	1	—	—	9	—	4	16	2	8	4	1	12	2	—	9
" 7 " . . .	1	—	—	1	—	—	6	2	—	7	1	5	8	1	7	5	—	5
" 7 1/2 " . . .	—	1	—	—	—	—	1	—	—	1	1	—	2	2	2	8	1	7
" 8 " . . .	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	4	—	3	4	1	3
" 8 1/2 " . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	1	—	1
" 9 " . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	3	—	—
" 9 1/2 " . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
" 10 " . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Sa. . .	473	18	147	239	32	141	106	14	137	62	8	89	34	7	73	29	3	63

Alter der Kinder.

Anfangsgewicht	6-7 Mon.			7-8 Mon.			8-9 Mon.			9-10 Mon.			10-11 Mon.			11-12 Mon.		
	Br.		Fl.	Br.		Fl.	Br.		Fl.	Br.		Fl.	Br.		Fl.	Br.		Fl.
	Zw.	Fl.		Zw.	Fl.		Zw.	Fl.		Zw.	Fl.		Zw.	Fl.		Zw.	Fl.	
2 $\frac{1}{2}$ —3 kg.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3 — 3 $\frac{1}{2}$ "	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3 $\frac{1}{2}$ —4 "	—	2	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
4 — 4 $\frac{1}{2}$ "	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4 $\frac{1}{2}$ —5 "	—	8	—	—	6	—	—	2	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—
5 — 5 $\frac{1}{2}$ "	1	2	—	—	2	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—
5 $\frac{1}{2}$ —6 "	3	6	—	—	7	—	—	3	—	—	3	—	—	—	2	—	1	—
6 — 6 $\frac{1}{2}$ "	2	1	—	—	4	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—
6 $\frac{1}{2}$ —7 "	2	10	—	—	6	—	—	—	—	—	3	—	—	—	2	—	—	—
7 — 7 $\frac{1}{2}$ "	6	4	—	—	7	—	—	5	—	—	2	—	—	—	4	—	—	—
7 $\frac{1}{2}$ —8 "	3	—	—	—	3	—	—	1	—	—	1	—	—	—	2	—	2	—
8 — 8 $\frac{1}{2}$ "	3	—	—	—	3	—	—	1	—	—	3	—	—	—	4	—	3	—
8 $\frac{1}{2}$ —9 "	2	—	—	—	1	—	—	2	—	—	1	—	—	—	6	—	1	—
9 — 9 $\frac{1}{2}$ "	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	5	—	—	—	3	—	1	—
9 $\frac{1}{2}$ —10 "	—	—	—	—	2	—	—	2	—	—	2	—	—	—	4	—	1	—
10 — 10 $\frac{1}{2}$ "	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—
10 $\frac{1}{2}$ —11 "	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
Sa.	24	4	55	18	2	43	12	2	32	13	2	32	5	2	16	2	—	12

größten Teil natürlich ernährt und erklären die für Brustkinder sonst sehr auffallend hohen Untergewichtszahlen. Die Übergewichtszahlen sprechen für den Vorzug der natürlichen Ernährung, zeigen aber auch hinsichtlich der Tatsache, daß ein großer Teil Brustkinder überfüttert wurde, wie notwendig eine ärztliche Überwachung ist.

Ich komme nun zu den Gewichtsverhältnissen der Kinder bei der Entlassung, deren Vergleich mit den Aufnahmegewichten erst eine Bewertung der Fürsorge ermöglicht. In diesen Tabellen habe ich nur die Gewichte der Säuglinge berücksichtigt, die länger als zwei Monate beobachtet wurden, da eine kürzere Beobachtungsdauer für die Beurteilung unmaßgeblich ist. Es sind dies 815 Kinder, die sich in 496 Brustkinder und 319 Flaschenkinder einteilen. Bis zum vollendeten ersten Lebensjahr wurden 319 Kinder beobachtet, und zwar 141 Brustkinder und 178 Flaschenkinder. Von diesen Jahrkindern habe ich alle diejenigen als Brustkinder bezeichnet, die länger als sechs Monate die Brust erhalten haben.

Tabelle X.

Es zeigten bei der Aufnahme:

Lebensalter	Normalgewicht		Übergewicht		Untergewicht	
	Brustkinder	Flaschenkinder	Brustkinder	Flaschenkinder	Brustkinder	Flaschenkinder
im 1. Monat	91	31	201	35	199	83
„ 2. „	56	21	103	42	111	77
„ 3. „	27	24	41	46	52	67
„ 4. „	8	3	29	29	33	58
„ 5. „	4	7	16	24	21	45
„ 6. „	4	3	17	15	11	45
„ 7. „	2	3	9	17	18	37
„ 8. „	2	5	7	7	11	31
„ 9. „	1	—	4	7	9	17
„ 10. „	2	5	5	9	8	19
„ 11. „	1	2	2	6	4	8
„ 12. „	—	1	—	1	2	10
Sa.	198	105	434	238	479	497
	= 10,2% = 5,4%		= 22,2% = 12,2%		= 24,5% = 25,5%	
	15,6 %		34,4 %		50 %	

Im speziellen stellen sich die Gewichtsverhältnisse folgendermaßen dar:

Tabelle XI.

Es wiesen ein Übergewicht resp. Untergewicht auf:

bis zu	Übergewicht		Untergewicht	
	Brust- kinder	Flaschen- kinder	Brust- kinder	Flaschen- kinder
200 g	61	29	53	40
300 "	47	30	52	54
400 "	60	23	62	37
500 "	50	25	43	36
600 "	34	20	42	33
700 "	35	21	26	41
800 "	23	16	33	24
900 "	29	23	32	19
1000 "	29	6	18	14
1100 "	12	8	23	36
1200 "	8	10	17	19
1300 "	7	5	16	13
1400 "	7	2	7	14
1500 "	5	8	8	13
1600 "	7	2	8	9
1700 "	5	3	10	10
1800 "	3	4	5	8
1900 "	4	1	2	7
2000 "	—	—	6	10
2100 "	2	—	1	8
2200 "	—	—	5	4
2300 "	1	—	1	9
2400 "	2	—	1	4
2500 "	1	—	3	9
2800 "	—	—	2	3
2900 "	—	—	1	4
3100 "	—	—	—	2
3200 "	—	—	—	4
3300 "	—	—	—	3
3600 "	—	—	—	2
3700 "	—	—	—	2
4200 "	—	—	—	1
4300 "	—	—	—	2
Sa.	434	238	479	497

Entwöhnt wurden dieselben zum größten Teil im 8. oder 9. Monat.

Tabelle XII.

Es zeigten bei der Entlassung:

Alter	Normalgewicht		Übergewicht		Untergewicht	
	Brust- kinder	Flaschen- kinder	Brust- kinder	Flaschen- kinder	Brust- kinder	Flaschen- kinder
im 3. Monat	12	11	11	2	2	2
„ 4. „	14	13	15	1	6	2
„ 5. „	11	9	24	3	11	1
„ 6. „	16	7	22	2	4	3
„ 7. „	19	11	23	5	7	2
„ 8. „	17	8	20	7	7	1
„ 9. „	11	6	14	10	5	3
„ 10. „	9	3	12	6	8	2
„ 11. „	8	9	10	7	7	5
„ 12. „	26	23	38	19	77	136
Sa.	173	100	189	62	134	157
	= 21,3% = 12,1%		= 23,2% = 7,7%		= 16,4% = 19,3%	
	33,4 %		30,9 %		35,7 %	

Selbst wenn man berücksichtigt, daß das prozentuale Verhältnis der Brustkinder zu den Flaschenkindern gegenüber der Tabelle X zugunsten der Brustkinder um 5 % verschoben ist, so sind die Resultate sehr erfreulich. Es ist bemerkenswert, daß bedeutend mehr Normalgewichte — 33,4 % gegen 15,6 % — und bedeutend weniger Untergewichte — 35,7 % gegen 50 % — erreicht worden sind. Die Zahl der Übergewichte ist bei den Brustkindern annähernd konstant geblieben, von den Flaschenkindern hatten bei der Entlassung wohl infolge Beseitigung der früheren Überfütterung 4,5 % weniger Übergewicht. Auffällig ist die verhältnismäßig große Zahl der untergewichtigen Kinder, die mit vollendetem ersten Lebensjahre entlassen sind, doch ist hierbei zu berücksichtigen, daß es ja gerade die elendesten waren, welche die Fürsorge so lange als angängig in Anspruch nahmen. Auch bei diesen sind, wenn man die Anfangsuntergewichte über 1500 g mit den Enduntergewichten vergleicht, die Resultate ganz befriedigende. Was die fünf Brustkinder mit einem Untergewicht über 1500 g anlangt, so war das mit 2800 g Untergewicht eine kongenitale Lues,

die nicht lange in Beobachtung stand, die übrigen waren Frühgeburten, die mit 1300 resp. 1500 g Anfangsgewicht aufgenommen wurden.

Tabelle XIII.

Es wiesen ein Übergewicht resp. Untergewicht auf:

bis zu	Übergewicht		Untergewicht	
	Brust- kinder	Flaschen- kinder	Brust- kinder	Flaschen- kinder
200 g	56	17	26	29
300 „	42	12	19	23
400 „	26	13	23	18
500 „	23	5	15	21
600 „	13	7	9	12
700 „	7	2	11	9
800 „	8	3	5	7
900 „	3	—	7	6
1000 „	2	1	3	5
1100 „	1	—	5	—
1200 „	—	—	2	2
1300 „	—	—	3	3
1400 „	2	1	1	4
1500 „	—	—	—	2
1600 „	—	—	1	—
1700 „	3	1	—	1
1800 „	—	—	2	—
1900 „	1	—	—	1
2000 „	—	—	—	2
2200 „	—	—	1	1
2300 „	1	—	—	2
2500 „	1	—	—	1
2600 „	—	—	—	2
2800 „	—	—	1	1
3000 „	—	—	—	1
3100 „	—	—	—	2
3500 „	—	—	—	1
4200 „	—	—	—	1
Sa.	189	62	134	157

Von großer Bedeutung für die Bewertung der geschilderten Ernährungserfolge sind die hereditären, konstitutionellen und Morbiditätsverhältnisse unserer Klientel. Was die Heredität angeht, so

war bei 85 Säuglingen Tuberkulose der Eltern — meist des Vaters — nachgewiesen, bei 26 Lues. Verdacht auf Tuberkulose bestand 50 mal, Verdacht auf Lues 17 mal. Von den Kindern selbst waren 61 tuberkuloseverdächtig. Bei drei dem Krankenhaus überwiesenen Kindern konnte die Tuberkulose durch die Sektion festgestellt werden. Eins davon starb an Darmtuberkulose, eins an tuberkulöser Meningitis, das dritte gehörte zu den seltenen Fällen von Lungentuberkulose im Säuglingsalter. Es bot Cavernensymptome und ging an Hämoptoe zugrunde. Die Mutter desselben war kurze Zeit nach der Geburt an schwerer Lungenphthise eingegangen. Alle drei waren Flaschenkinder. An kongenitaler Lues litten 25 Säuglinge, und zwar 21 Flaschenkinder und 4 Brustkinder.

Atrophiker leichteren und schwereren Grades waren 101 Säuglinge, und zwar 89 Flaschenkinder und 12 Brustkinder. Dies erklärt zum größten Teile die hohen Enduntergewichte bei den Flaschenkindern. Mongoloide Idiotie, die ja auch mit körperlichen Entwicklungshemmungen verknüpft ist, wurde bei drei Kindern festgestellt. Zwei davon waren Brustkinder, eins Flaschenkind. Mikromelie bestand einmal bei einem sonst gut entwickelten Brustkind.

Erscheinungen der exsudativen Diatase boten 408 Kinder = 26,1 %, und zwar 161 Brustkinder und 247 Flaschenkinder. Auch diese Feststellung muß zur Erklärung der Untergewichte herangezogen werden, da die exsudative Diatase bekanntlich auf die körperliche Entwicklung einen hemmenden Einfluß hat.

Zeichen von Spasmophilie wiesen 339 Säuglinge auf, davon 263 Flaschenkinder und 76 Brustkinder. Augenfällig ist auch hier der Vorzug der natürlichen Ernährung, ebenso wie bei der Rachitis, die am Ende des ersten Lebensjahres bei 157 Flaschenkindern und 69 Brustkindern festgestellt wurde.

Was die sonstige Morbidität angeht, so kann ich darüber folgendes berichten, und zwar zunächst über den Aufnahmestatus.

Darmgesund waren bei der Aufnahme 1591 Kinder = 81,5 %, darmkrank resp. ernährungsgestört kamen 360 Kinder = 18,5 % in Beobachtung. Bei diesen handelte es sich 338 mal um Dyspepsie, 19 mal um Enterokatarrrh und 3 mal um Enteritis follicularis.

Die Dyspepsien betrafen 67 Brustkinder und 271 künstlich genährte Kinder, von denen 165 im ersten, 56 im zweiten, 39 im

ritten und 11 im vierten Lebensvierteljahre standen. Zu den Ernährungsstörungen rechnen ferner noch 6 Fälle von Mehlnährschaden.

An sonstigen Erkrankungen kamen vor:

Katarrhe der Luftwege	109 mal
Pneumonie	13 „
Pertussis	9 „
Varicellen	1 „
Masern	1 „
Angina	7 „
Pemphigus neonatorum	16 „
Nabelerkrankungen verschiedener Art	47 „
Conjunctivitis gon.	6 „
Pylorospasmus	2 „
Dermatitis exfoliativa	5 „
Impetigo contagiosa	9 „
Stomatitis apht.	3 „
Otitis media	21 „
Soor	253 „

Während der Beobachtungszeit erkrankten an Magen- und Darmerkrankungen resp. Ernährungsstörungen, und zwar vorzugsweise in der heißen Sommerszeit 274 Kinder, und zwar 107 Brustkinder und 167 Flaschenkinder. 228 mal handelte es sich um Dyspepsien meist leichterer Natur, 36 mal um Enterokatarrh — 31 Flaschenkinder, 5 Brustkinder —, 10 mal um Enteritis foll. — 7 Flaschenkinder, 3 Brustkinder. Die Dyspepsien verteilten sich

	Brustk.	Flaschenk.
auf das 1. Lebensvierteljahr	43	27
„ „ 2. „	34	48
„ „ 3. „	16	43
„ „ 4. „	6	11

An sonstigen Erkrankungen kamen vor:

	Brustk.	Flaschenk.
Katarrhe der Luftwege	137	149
Pneumonie	22	33
Pertussis	11	14
Masern	13	—
Varicellen	17	13
Mumps	1	—

Scharlach	—	1
Diphtherie	2	4
Erysipel	1	1
Angina	2	—
Drüsenfieber	—	2
Otitis media	12	26
Nabelsepsis	1	3
Pemphigus	4	1
Stomatitis apht.	—	1
Impetigo cont.	1	3
Conjunctivitis gon.	6	4
Barlowsche Krankheit	—	1
Scabies	5	3
Balanitis	—	2
Bednarsche Aphthen	—	1
Dermatitis exfoliat.	1	—
Soor	7	5

Es erübrigen sich noch die Angaben über die Mortalität unter den in der Fürsorgestelle beobachteten Säuglingen!

Es starben an:	Flaschenk.	Brustk.	
Darmtuberkulose	1	—	Bereits erwähnt
Lungentuberkulose	1	—	
Meningitis tuberculosa	1	—	
Sepsis	4	—	
Lebensschwäche (Frühgeb.)	6	—	
Pneumonie	3	1	
Masernpneumonie	1	2	
Pylorospasmus	1	—	
Masern	1	—	
Diphtherie	—	1	
Krämpfe	13	—	
Mehlnährschaden	1	—	
Enterokatarrrh	28	1	
Unbekannte Todesursachen	5	—	
	<u>66</u>	<u>5</u>	
	$71 = 3,7\%$		

Die Enterokatarrrhe kamen sämtlich bereits schwer erkrankt in Beobachtung und wurden fast alle Krankenhäusern überwiesen.

Hervorzuheben ist hierbei wiederum, daß 28 Fälle Flaschenkinder und nur 1 Fall ein Brustkind betrifft.

Für die Richtigkeit der übrigen Todesursachen kann ich eine volle Gewähr nicht übernehmen, da die Angaben meist von den Angehörigen und nicht von den behandelnden Ärzten stammen. Auch die Prozentzahl kann keinen Anspruch auf Genauigkeit machen, da wir über das Schicksal einer großen Reihe von Säuglingen, die nur kurze Zeit die Fürsorgestelle aufgesucht haben, nicht orientiert sind. Immerhin ist sie außerordentlich niedrig. Einen Schluß läßt sie nicht zu über den Einfluß der Fürsorgestelle auf die Säuglingssterblichkeit ihres Distriktes, da eben nur ein Bruchteil der in ihrem Bezirk wohnenden Säuglinge in Beobachtung steht.

Es steht aber bestimmt zu erwarten, daß die Säuglingsfürsorgestelle III besonders im Hinblick auf die erfreulichen Ergebnisse ihrer Wirksamkeit in den ersten zwei Jahren ihren Einfluß in immer weitere Kreise tragen wird, daß sie besonders durch immer weitere Verbreitung der Erkenntnis vom Werte des Selbststillens dem hohen Ziele aller Säuglingsfürsorge nahezukommen hilft: Der Verminderung der Säuglingssterblichkeit!

Das Säuglingsheim zu Barmen.

Von

Dr. **Theodor Hoffa**, leitendem Arzt.

Das neue Säuglingsheim in Barmen, über dessen Entstehungsgeschichte ich im I. Jahrgang dieser Zeitschrift (1907, S. 122) berichtet habe, ist am 1. Mai 1907 eröffnet und seiner Bestimmung übergeben worden. Die neue Anstalt ist wohl die erste, die in Deutschland in einem eigens zu diesem Zweck errichteten Gebäude untergebracht ist. Sie hat infolgedessen vielseitiges Interesse erweckt und schon jetzt recht zahlreiche Besucher herbeigeführt. Den vielfach an mich herangetretenen Wünschen um Mitteilung der Pläne und der Baubeschreibung glaube ich am besten durch eine etwas ausführlichere Schilderung in diesen Blättern nachkommen zu können.

Lage.

Das Säuglingsheim liegt nahe dem Mittelpunkt der langgestreckten Stadt, etwa 3 Minuten vom Hauptbahnhof entfernt, auf der Südseite der Wupper. Die nach Norden gerichtete Front des Hauses liegt an der Zeughausstraße, die in westöstlicher Richtung etwa 40 m über der Talsohle verläuft. Östlich liegt der große Hof des Kgl. Bezirkskommandos, westlich ein neues Wohnhaus mit Garten, südwestlich ein großer Schulhof.

Sämtliche für den Aufenthalt der Kinder bestimmten Räume liegen an der Rückfront des Hauses, also fast genau nach Süden. Hinter dem Hause liegt der 20 m tiefe, leicht ansteigende Garten, dann folgen die 22 m tiefen Gärten der Häuser an der nächsten Parallelstraße (Ludwigstraße), so daß die nächsten Gebäulichkeiten 42 m entfernt bleiben.

Das ganze Grundstück hat bei 24 m Straßenfront eine Gesamtgrundfläche von etwas über 900 qm.

Die Steigung des Geländes — es bestand an der Straße eine etwa 4 m hohe Böschung — bedingt es, daß das Haus nur bis zur halben Tiefe unterkellert ist. Das Untergeschoß liegt vorn etwa 3 m über Straßenhöhe, hinten kommt es noch fast 2 m unter

Niveau zu liegen; für die nötige Licht- und Luftzufuhr ist hier durch Anlegung eines 3 m breiten zementierten Hofraumes gesorgt. Der Garten liegt 2 m höher, so daß er von der Veranda des nächstobern (Erd-)Geschosses durch eine leicht abfallende Rampe bequem erreicht werden kann (Abb. 4). Den an der Südseite des Untergeschosses angeordneten Räumen (Küche und Milchküchen) kommt diese geschützte, halb unterirdische Lage namentlich in den heißen Sommermonaten gut zu stanno.

Bau.

Das Haus (Abb. 1) besteht aus Keller, 4 Stockwerken (Untergeschoß, Erdgeschoß, 1. Stockwerk und Dachgeschoß) und Trocken-



Abb. 1.

speicher. Seine Breite an der Straßenfront beträgt 21,20 m, seine größte Tiefe 14 m.

Die lichte Höhe der Räume beträgt:

im Keller	3,00 m,
„ Untergeschoß	3,35 „
„ Erdgeschoß	3,70 „
„ 1. Stockwerk	3,70 „
„ Dachgeschoß	3,20 „
auf dem Trockenspeicher	2,00 „

die Gesamthöhe des Hauses 14,30 m.

Die **Kellerräume** sind sowohl von der Straße her wie vom Erdgeschoß aus zugänglich. Im Keller, dessen Lageplan der Raumersparnis halber nicht abgebildet ist, liegen der Kohlenraum (für 3 Waggon Koks und 1 Waggon Küchenkohlen), die Niederdruckdampfheizung und der Warmwasserbereitungsapparat mit einem 1000 Liter fassenden Boiler, ferner ein Raum zur Aufbewahrung von Leichen und zur Ausführung von Obduktionen, sowie der Haushaltskeller.

Zum **Untergeschoß** (Abb. 2) gelangt man von der Straße her über eine breite, bequeme Treppe. Der Vorflur ist vom Hauptflur durch eine Glastür abgetrennt. Vor dieser Tür gelangt man rechts in das Wartezimmer und von da in das Sprechzimmer des Arztes, links in das Geschäftszimmer der vorstehenden Schwester. Weiter folgen Eßzimmer für das Dienstpersonal (einschließlich Ammen) und Eßzimmer der Schwestern. Jenseits des 2 m breiten Flurs, der sein Licht durch ein breites östliches Fenster und durch Glasoberlichter in sämtlichen Zimmertüren erhält, liegen die Wirtschaftsküche mit 2 Nebenräumen, die 3 Räume der Milchküche und das Laboratorium.

Flure, Küche, Milchküchen und Laboratorium haben Plattenböden, die Küche und die Milchküchen außerdem Porzellan-Wandbekleidungen auf ganze lichte Höhe. Im übrigen bestehen die Decken und Treppen des ganzen Hauses aus Eisenbeton und sind mit weidegrünem Linoleum belegt.

Im Flur des Untergeschosses befinden sich 2 Ausgänge zum Hof und ferner die Mündungen der beiden Aufzüge, Speise- und Wäscheaufzug, die durch sämtliche Stockwerke des Hauses

laufen und deren Bedienung durch eine Haustelephonanlage geregelt wird.

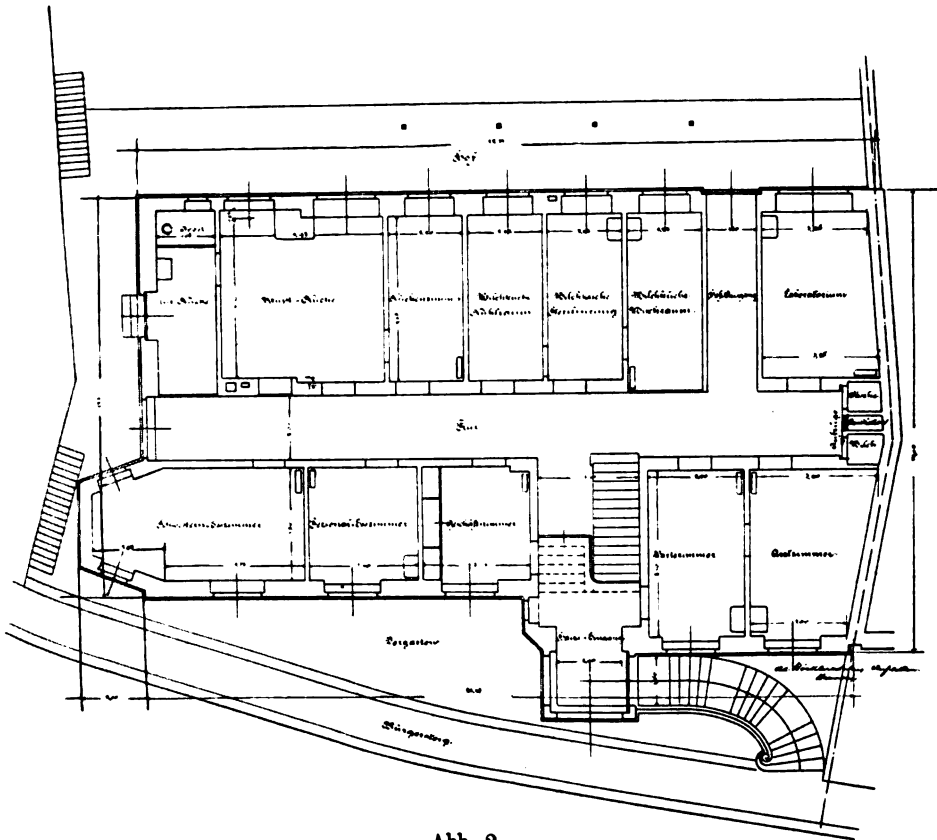


Abb. 2.

Das **Erdgeschoss** (Abb. 3) dient den Zwecken der Krippe. Hier werden Kinder tagsüber gepflegt, und zwar sowohl Säuglinge, die größtenteils von ihren Müttern wenigstens teilweise (morgens, mittags und abends) gestillt werden, als auch ältere Kinder von 1—3 Jahren. Die letzteren Kinder werden frühmorgens im Baderaum gebadet, mit Anstaltskleidung versehen und auf die beiden großen Säle an der Südseite verbracht. Ihre Straßenkleidung wird in einem gesonderten Raume luftig (in Marktnetzen) aufbewahrt. Für die Säuglinge sind 2 kleinere, ebenfalls nach Süden gelegene Räume bestimmt. Außerdem sind in diesem Stockwerk noch vorhanden ein Klosettraum mit

Zwischenwände zu einem großen Teil aus Glas bestehen (Abb. 6). Erst nach 14 Tagen bis 3 Wochen werden sie dann in die beiden größeren Säle (östlich davon, auf dem Plan links „Säuglings-

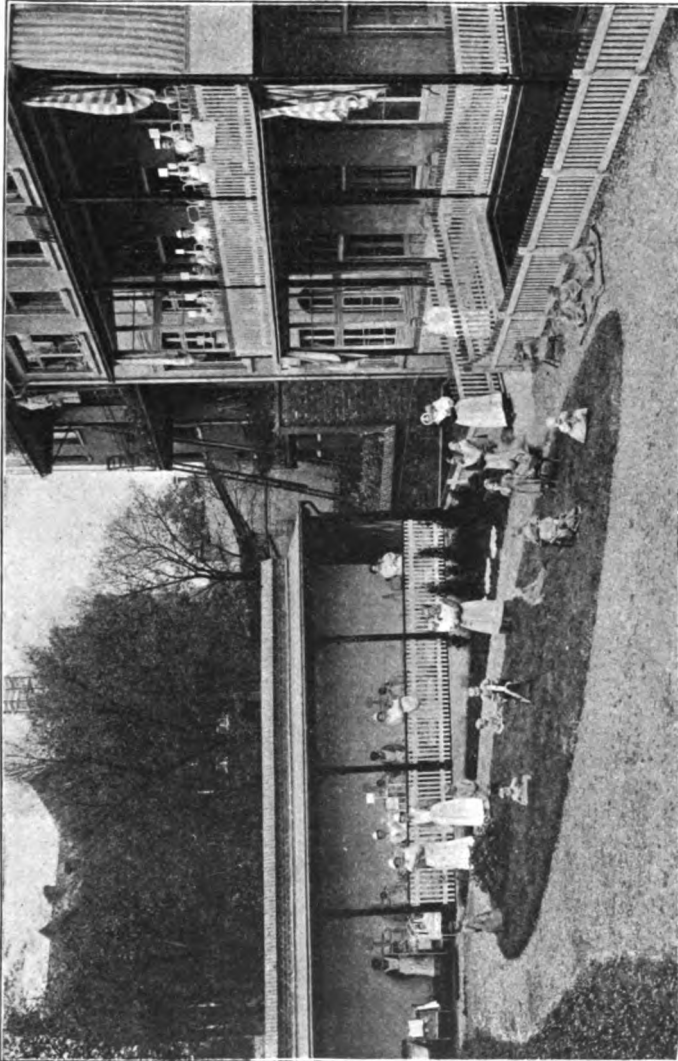


Abb. 4.

heim“) verlegt. Die Anordnung der übrigen Räume in diesem Stockwerk ergibt sich aus der Planskizze. Eine Veranda ist auch in diesem Geschoß vorhanden. Außerdem steht uns im Garten

eine etwa 12 m lange, 2 m tiefe und 3 m hohe Liegehalle (Abb. 4) zur Verfügung, in der Säuglinge vom Frühjahr an bis zum Spätherbst tagsüber untergebracht werden.

Das **Dachgeschoß** (Abb. 7) enthält die Schlafräume für den größten Teil des Personals, Badeeinrichtung für Ammen und Dienstmädchen, Klosetts, die Waschküche und Bügel- und Mangelstube. Die Wäscherei ist mit allen Einrichtungen ver-

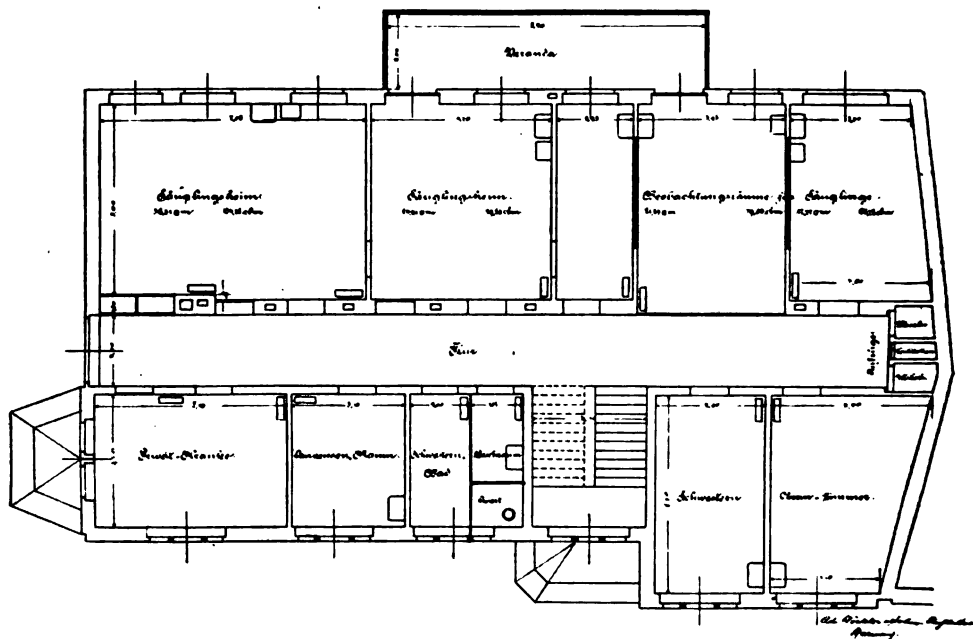


Abb. 5.

sehen, die man in modernen Waschküchen mit maschinellen Anlagen finden kann, als Dampfkessel, Waschmaschine, Dampfkochfaß, Zentrifuge, Spülbottiche, Kulissentrockenapparat, Gasmangel usw. Der Elektromotor, durch den sämtliche Maschinen angetrieben werden, steht in einem Gehäuse auf dem Trockenspeicher; sein Riemenantrieb geht durch die Decke auf eine Hauptwelle, an die sämtliche Maschinen angekuppelt sind. Der Boden der Waschküche ist wasserdicht hergestellt, ebenso haben die Wände wasserdichten Putz erhalten. Besonderer Wert wurde auf einen guten Abfluß der gebrauchten Wässer gelegt. Damit das Personal nicht im Wasser zu stehen braucht, ist der Boden der Waschküche

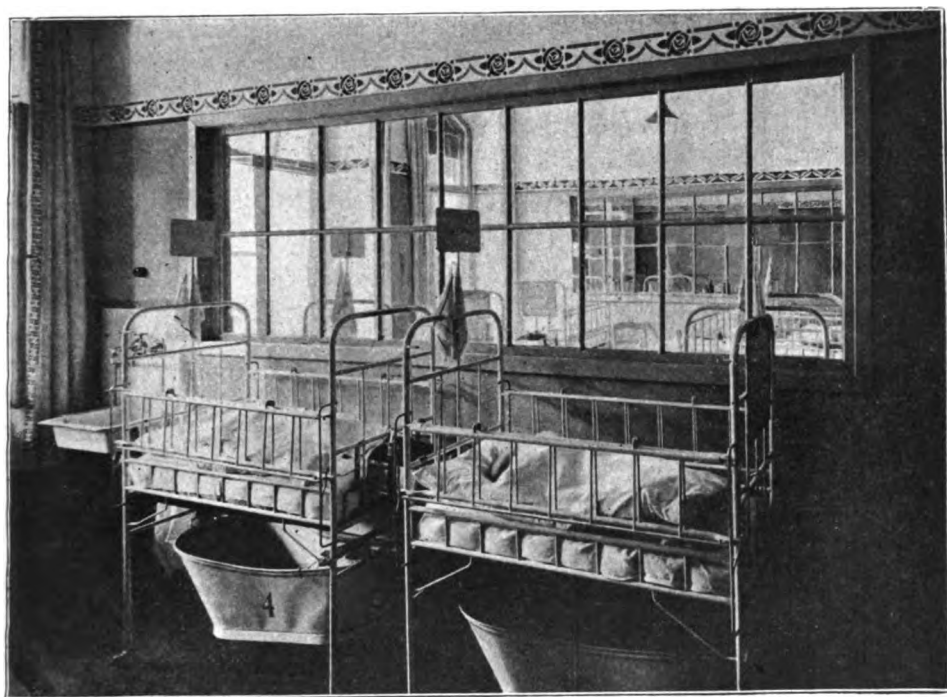


Abb. 6.

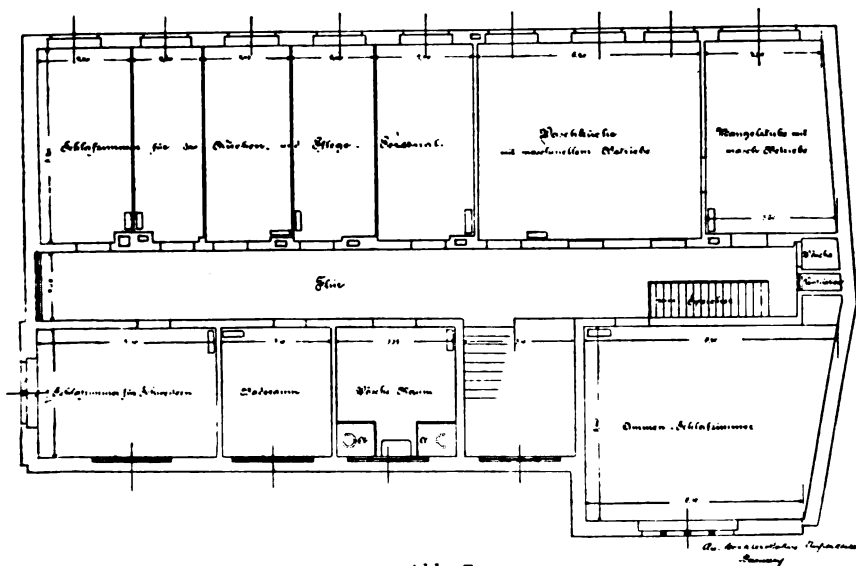


Abb. 7.

außerdem noch mit einem Lattenrost versehen worden. Der Transport der schmutzigen Wäsche in den Waschraum geschieht durch den oben erwähnten Wäscheaufzug.

Der Trockenspeicher dient größtenteils zum Trocknen der Wäsche und ist dazu mit einer Trockeneinrichtung auf Latten versehen. Außerdem sind hier einige kleine Räume als Vorratsräume, Koffer- und Kleiderkammern und photographische Dunkelkammer abgeteilt. Endlich befinden sich hier die Bassins für die Warmwasserbereitungsanlage und die Zentralheizung.

Die Fronten des Gebäudes sind in Zement geputzt, die Vorderfront hat einen einfachen ornamentalen Schmuck erhalten.

Wände und Decken sind im ganzen Haus in Wasserfarben gestrichen, erstere bis auf 2 m Höhe in Ölfarbe mit schabloniertem Fries. Durch entsprechenden Bilderschmuck und geschmackvolle Einfassungen der Türen, die in Eisenrahmen ohne Futter und Bekleidungen schlagen, ist für eine freundliche Wirkung der großen Wandflächen gesorgt (Abb. 8).

Sämtliche Fenster sind mit leicht zu öffnenden Oberlichtern versehen. Zur Entlüftung der Kindersäle sind außerdem Abluftschächte angebracht, die über Dach geführt sind.

Alle Ecken und Kanten sind abgerundet.

Zur Aufbewahrung von Wäsche, Spielzeug und Geräten sind eine große Anzahl von Wandschränken eingebaut.

Die Beleuchtung erfolgt im ganzen Haus durch elektrische Glühlampen. Die

Innere Einrichtung

ist so gewählt, daß bei Vermeidung von jeglichem Luxus doch alle zur Durchführung eines aseptischen Betriebs im Schloßmannschen Sinne nötigen Vorkehrungen getroffen sind. Dahin gehört vor allem die Anbringung reichlicher Waschbecken mit Zufuhr von heißem und kaltem Wasser, sowie besonderer Ausgüsse zur Entleerung der Badewannen. An den meisten Waschbecken sind Mischhähne angebracht, damit das Pflegepersonal sich in fließendem warmem Wasser die Hände reinigen kann.

Unser Kinderbett ist das von Schloßmann modifizierte Baginsky'sche Bett. Unter jedem Bett hängt die Badewanne, in der Badetuch, Badethermometer und Seife aufbewahrt werden. Ich habe mich trotz der etwas höheren Anschaffungskosten für das System der Einzelbadewannen entschieden, da ich die Über-

zeugung habe, daß die Benutzung gemeinsamer Badewannen auch bei peinlicher Sorgfalt in der Reinigung nicht die nötige Sicherheit gegen Übertragung septischer Keime bietet.

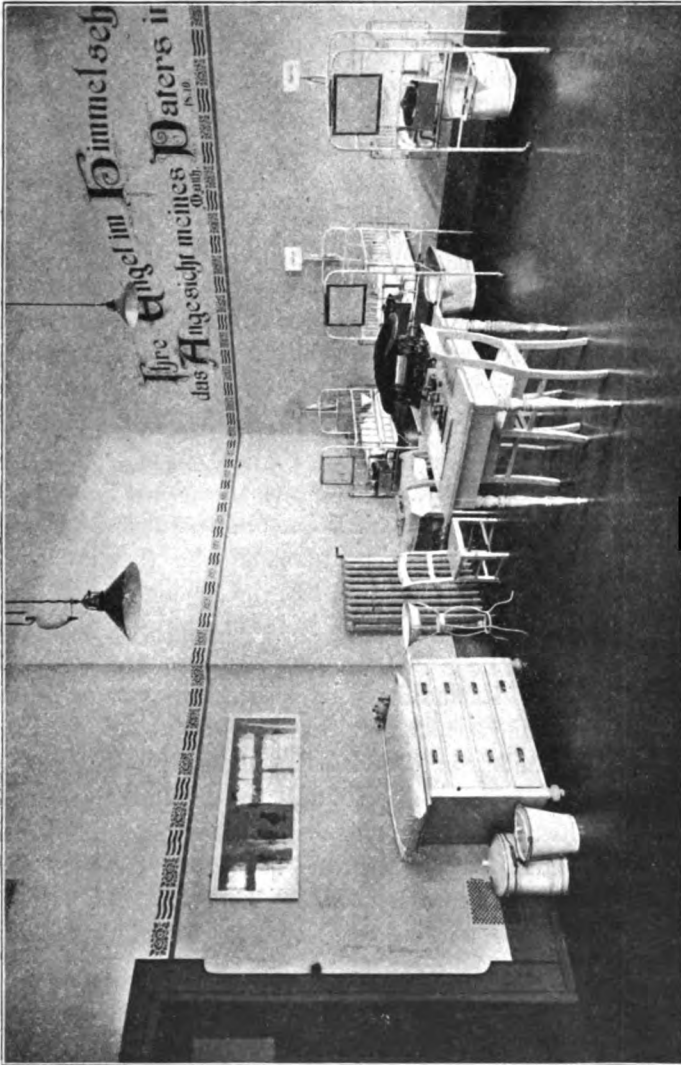


Abb. 8.

Unter jedem Bett liegt ferner in aufgerolltem Zustand die Billrothbattist-Unterlage, die dann benutzt wird, wenn das Kind auf der Wickelkommode untersucht oder (nach dem Bad) abge-

trocknet und bekleidet wird. Im allgemeinen werden die Säuglinge im Bett trockengelegt, weil dabei die Infektionsgefahr am geringsten ist.

An der Vorderseite des Bettes hängt ein oben offener Kasten aus Nickelblech, der die übrigen Gebrauchsgegenstände für jeden Säugling birgt: Thermometer in Sublimatsand, Puderbüchse, Arzneilöffel, Salbentopf, Spatel, Emailleschale zum Waschen des Gesichtes nach dem Bad, etwa verordnete Arzneimitteln. Im übrigen ist die Ausstattung der Räume die seit Schloßmann übliche (Uhr, Wage, Windeleimer, Verbandstoffeimer usw.). (Abb. 8.)

Die Milchküche ist, wie erwähnt, in 3 Räumen untergebracht, die mit ihren Plattenfußböden und weißen Porzellanwandbekleidungen einen äußerst schmucken und appetitlichen Anblick gewähren. Der erste Raum dient zur Herstellung der Milchmischungen; in ihm hat vor allem ein großer Arbeitstisch mit Wage, Messuren, Trichtern usw. Platz gefunden, ferner große Regale für Flaschen und Verschlüsse, die Zentrifuge (Pumpseparator) und eine kleine Buttermaschine.

Im 2. Raum finden sich: die sog. Vorweiche, ein großer Bottich, in dem die gebrauchten Flaschen mittels heißer Sodalösung gereinigt werden, dann die Flaschenbürstmaschine (mit Fußbetrieb), der Sterilisator mit eigenem Dampfentwickler und das Vorkühlbassin mit Spray, in dem die erste Abkühlung der sterilisierten Flaschen stattfindet.

Der letzte (3.) Raum dient als Kühlraum, sein Fenster ist grün verglast. In ihm stehen Vorratsschrank, Eisvorratskiste, Rundkühler und Tiefkühlbassin (mit Kältemischung gefüllt). Die gereinigten Flaschen werden am Vorabend der Füllung leer sterilisiert, die gefüllten Flaschen werden verschlossen in den Sterilisator gestellt, 5 Minuten lang bei 100° erhitzt und dann möglichst schnell gekühlt und in das Tiefkühlbassin verbracht. Zweimal täglich findet Abgabe auf die Station statt, wo die Flaschen im Eisschrank weiter verwahrt werden.

(Schluß folgt.)

Referate.

Escherich, Theodor, Hofrat Dr. Ein Jubiläumswerk zum Schutz der ersten Kindheit. Österreichische Rundschau XIV, Heft 1.

Das 60. Regierungsjubiläum des österreichischen Kaisers soll nach dem Wunsche des greisen Monarchen durch die Gründung einer großzügigen Wohltätigkeitsaktion gefeiert werden.

Escherich weist darauf hin, daß der Schutz der ersten Kindheit sich in besonders hohem Maße für eine solche Aktion eigne und zeigt, wie vieles in Österreich noch fehlt, um der wichtigen sozialen Aufgabe, die erste Kindheit zu schützen, gerecht werden zu können.

Die Vorschläge, die Escherich für eine großzügige Organisation des Kinderschutzes macht, geben nicht durchweg neue Anregungen, im Gegenteil ist ähnliches schon wiederholt von verschiedensten Seiten gefordert worden; meist aber erstrecken sich diese Forderungen auf einzelne Teile der Kinderfürsorge, weniger findet man eine Zusammenstellung aller in dieser Richtung zu hegenden Wünsche und einen Versuch, sie zu einem Ganzen organisatorisch zu verarbeiten. Aus diesem Grunde erscheint es mir nützlich, das Exposé Escherichs dem Leserkreis dieser Zeitschrift mit Fortlassung einiger Punkte, die mehr lokales Interesse haben, in extenso zu vermitteln.

Die Quellen des Kinderelends sucht Escherich darin, daß die Familie, die natürliche Pflanz- und Bildungsstätte des Kindes, der Aufgabe der Pflege und Erziehung desselben nicht oder nicht mehr genügend gerecht wird. Es soll hier nicht untersucht werden, ob und inwieweit dies eine Folgeerscheinung der modernen Lebensentwicklung ist, aber als sicher können wir annehmen, daß die zunehmende Verarmung großer Bevölkerungsschichten, das Zusammendrängen derselben in Massenquartieren, das Schwinden der staatlichen und kirchlichen Autorität, der unstete Wechsel der Lebens- und Erwerbsverhältnisse, insbesondere aber die immer mehr überhandnehmende Berufstätigkeit der Frauen eine schwere Schädigung der Familie und damit auch der heranwachsenden Generation bedingt.

Was können wir tun, um den zersetzenden Einfluß des modernen Lebens auf die Familie und dadurch auch auf das Gedeihen der Kinder entgegenzuwirken? Es ist hier nicht der Ort, auf diese Frage, die tief in das ethische und religiöse Gebiet hinübergreift, einzugehen. Das eine läßt sich mit Bestimmtheit sagen, daß der Mangel an Vorbereitung auf die schwierigen und verantwortungsvollen Aufgaben, welche der Frau in der Ehe harren, die völlige Unkenntnis ihrer Pflichten, der Bedürfnisse des kindlichen Organismus, der primitivsten Regeln der Pflege und Erziehung einerseits, die Unmöglichkeit, sich in diesen Fragen einen sachverständigen Rat zu holen, anderseits wesentlichen Anteil haben an dem Mißerfolg in der Aufzucht und Erziehung der Kinder.

Niemand zweifelt daran, daß das Studium der Bedürfnisse, der Ernährung, der Lebensführung des Kindes, sowie die Art seiner seelischen Beeinflussung, seiner Erziehung und Beschäftigung zu den wichtigsten, aber auch zu den schwierigsten wissenschaftlichen Problemen gehört. Hochentwickelte Wissenszweige, wie die Kinderheilkunde und die Pädagogik, widmen sich diesem Studium, und zahllose gelehrte Männer und Frauen sind in diesem Berufe tätig. Aber all diese Leistungen kommen dem Kinde erst in dem Augenblick zugute, in welchem es mit dem Besuch der Schule gleichsam in die Obsorge des Staates übertritt. Für das Kind in der Familie ist die Mutter die natürliche und einzige Pflegerin, Lehrerin, Erzieherin, nicht selten auch Arzt, und dies in einem Zeitpunkte, in welchem die Pflege viel schwieriger, die Erziehung viel maßgebender ist, als in irgendeiner anderen Periode. Für diese wichtigste Entwicklungszeit des Kindes, für das Kind in der Familie ist bisher weder von öffentlicher noch von privater Seite irgend etwas geschehen, das die Mutter zu dieser schwierigen Aufgabe vorbereiten oder anleiten könnte.

Die Erziehung des Mädchens zur Wirtschaft und Ehe ist bisher fast ausschließlich der Familie überlassen. Das Mädchen erhält vom 13. Jahre ab nach Absolvierung der Volksschule keine andere Vorbereitung für ihren Beruf, als das Beispiel und die Betätigung im elterlichen Hause. Wohl denen, die sich derselben erfreuen! Wie viele aber gibt es, denen diese natürliche Schule fehlt oder denen sie nur als abschreckendes Beispiel dienen kann? Doch selbst, wenn wir von diesen leider nicht so seltenen Fällen absehen, so würde dies doch keineswegs eine über den mütterlichen Unterricht hinausgehende Belehrung überflüssig erscheinen lassen. Für jede Art von beruflicher Tätigkeit, für Landwirtschaft, für Blumenpflege, für Bienenzucht, ja für die einfachsten häuslichen Verrichtungen, wie Kochen, Waschen, Nähen, sind besondere Schulen eingerichtet, in welchen ein systematischer und rationeller Unterricht von eigens dazu angestellten Lehrern gegeben und die von der Wissenschaft gemachten Entdeckungen dem praktischen Leben übermittelt werden. Niemand wird behaupten, daß für die Aufgabe der Pflege, der Ernährung des Kindes ein solcher über die häusliche Routine hinausgehender Unterricht weniger notwendig wäre. Wenn der Versuch eines solchen bisher noch nicht im größeren Ausmaße unternommen worden ist, so liegt dies wohl daran, daß erst die von England ausgehenden University extension, welche in Österreich in den volkstümlichen Universitätskursen eine glänzende Fortentwicklung erfahren haben, den Weg zeigte, auf welchem eine Beeinflussung breiter Volksschichten durchgeführt werden kann. Es ist dies die unverdrossene systematische, immer wieder von neuem einsetzende Belehrung und der auf unmittelbare Anschauung gegründete Unterricht. Freilich muß derselbe in einer Form geboten werden, welche den Vorstellungen und Bedürfnissen der Hörer angepaßt und durch Benutzung von aus dem Leben gegriffenen Beispielen und Nutzenwendungen belebt ist.

Wo könnte es ein dem Empfinden und den Bedürfnissen der Bevölkerung näher stehendes und praktisch so verwertbares, für die Familie wie für den Staat so bedeutungsvolles Unterrichtsgebiet geben, als die Pflege des Kindes in der Familie, als die Erziehung des Weibes zur Hausfrau und Mutter? Das nächstliegende und radikalste Mittel zur Durchführung dieser Idee wäre wohl

die Einführung des Unterrichtes in Kinderpflege und Erziehung an den öffentlichen Mädchenschulen, eventuell nach Abschluß des Volksschulunterrichtes. Abgesehen von anderen Bedenken würde sich diese ideale Forderung schon deswegen nicht empfehlen, weil dadurch die Durchführung derselben ganz beträchtlich verzögert würde. Es wird sich also zunächst um freiwillige Meldungen, zunächst wohl vorwiegend aus den Kreisen der nicht ganz armen Bevölkerung und des Mittelstandes, handeln. Wir sind dadurch von vornherein sicher, daß die zu unterrichtenden Mädchen und Frauen die notwendige Vorbildung und den guten Willen zum Lernen mitbringen.

Der erste, gleichsam theoretische Teil des Unterrichtes spielt sich in den Mutterschulen ab, die für junge Mütter und reifere, nicht unter 18 Jahre alte Mädchen jeder Gesellschaftsklasse von eigens dazu bestellten Lehrern unentgeltlich abgehalten werden. Dieselben umfassen ärztliche, oder richtiger hygienische, pädagogische und wirtschaftliche Fragen, wie Körperlehre, Ernährung, Pflege, Entwicklung des Kindes, Schutz vor Erkrankungen, Erziehung des gesunden und des abnormalen Kindes, Anleitung zur Beschäftigung und zur körperlichen Ausbildung der Kinder, zum Spielen, zur Unterhaltung, endlich Unterricht in der Zubereitung der Nahrung, in der Herstellung und Reinigung der Wäsche und Kleider der Kinder usw. unter spezieller Berücksichtigung der Lebensverhältnisse der armen Bevölkerung. Daran können sich ungezwungen, jedoch in zweiter Linie allgemein wirtschaftliche Kapitel wie Haushaltung, Wirtschaftsrechnung, Prüfung der Nahrungsmittel usw. anschließen. Die durch bessere Wirtschaft erzielten Ersparnisse kommen ja indirekt dem Kinde zugute.

Die Kurse müssen womöglich in den Abendstunden abgehalten und durch ein anregendes Unterrichtsmaterial, praktische Übungen am gesunden und kranken Kinde, Abbildungen, Tafeln, Skioptikonbildern usw. belebt und anregend gemacht werden. Auch ist darauf Rücksicht zu nehmen, daß dieselben nach Art der Wandervorträge auch abseits von den Kulturzentren auf dem Lande und unter der bauerlichen Bevölkerung abgehalten werden. Man hat mit dieser Methode auf anderen Gebieten recht befriedigende Resultate erzielt. Es wird dadurch nicht nur die so notwendige Verbesserung der Anschauungen und Gebräuche in der Kinderpflege, sondern auch vielfache Anregung zu selbständigem Denken und Beobachten, zu richtigen hygienischen Vorstellungen und Lebensgewohnheiten, schließlich zu einer allgemeinen Hebung des geistigen Niveaus der Frauen führen, die auf das Familienleben wie die Volkswirtschaft und die Kindererziehung den günstigsten Einfluß haben werden.

Zur Erteilung dieses Unterrichtes ist ein erfahrenes und ärztlich geschultes Lehrpersonal und das unmittelbare Beispiel durch Vorführung dieser Maßnahmen an Kindern notwendig. Diesem Zwecke soll das Kinderasyl dienen, welches das notwendige Substrat einer vollständigen Mutterschule bildet. Das Asyl ist als eine Unterkunftsstelle für eine beschränkte Anzahl von Kindern der ersten drei bis vier Lebensjahre gedacht und steht unter der Leitung eines mit der Kinderpflege vertrauten Arztes. Das Hauptgewicht wäre dabei auf den schwierigsten Teil der Kinderpflege, die Pflege der Säuglinge zu legen, die eventuell mit ihrer Mutter aufgenommen werden können. Die Zahl der Betten braucht 20—40 nicht zu überschreiten. In größeren Anstalten kann sich auch eine besondere Abteilung für kranke Kinder anschließen.

Das Bedürfnis nach solchen Anstalten ist ein sehr lebhaftes. In allen größeren Städten Deutschlands und jetzt auch bei uns beginnt man Säuglingsheime zu errichten, um im Falle der Not für diese Kinder, die wegen ihres zarten Alters in den gewöhnlichen Erziehungsanstalten und Spitälern und auch in den überfüllten Findelanstalten nicht aufgenommen werden können, eine Unterkunftsstelle zur Verfügung zu haben. In Ungarn bestehen derzeit acht staatliche Kinderasyle. In Berlin wird gerade jetzt ein Waisenhaus mit 300 Betten ausschließlich für Säuglinge gebaut. Die Kinder bleiben auf Kosten der unterstützungspflichtigen Behörde bis zur Altersgrenze mit Ende des dritten Lebensjahres in der Anstalt. Sie bilden das Lehrmaterial der Schule. Das Pflegepersonal wird zum Teile aus freiwilligen Pflegerinnen bestehen können, die sich für den Beruf der Kinderpflege ausbilden und sich hier in halb oder ganzjähriger Dienstleistung die notwendigen Fachkenntnisse aneignen. Auch auf diesem Wege wird die Kenntnis und die Übung einer rationalen Kinderpflege und Erziehung in wirksamster Weise im Volke verbreitet.

Der praktischen Durchführung der Fürsorge in den Familien dient die Beratungsstelle. Dieselbe hat den Zweck, denjenigen Müttern, welche nicht in der Lage sind, privatärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, in allen die Ernährung, die Pflege und Erziehung des gesunden Kindes betreffenden Fragen unentgeltlichen Rat und Belehrung zu erteilen. In zweifelhaften Fällen ist der amtliche Nachweis der Bedürftigkeit zu erbringen.

In der Regel vollzieht sich die Fürsorge in der Weise, daß die Mutter das Kind möglichst bald nach der Geburt, jedenfalls innerhalb der ersten drei Lebenswochen in gesundem Zustande und von da an alle 8—14 Tage in diese Schutzstelle bringt und dort die notwendige, auf Pflege, Ernährung, Krankheitsverhütung bezüglichen Ratschläge des Arztes entgegennimmt. Die Behandlung schon erkrankter Kinder ist ausgeschlossen und kann höchstens bezüglich der schon vorher in Überwachung stehenden Kinder gestattet werden. Für diese, sowie für die Fürsorge älterer Säuglinge müßten besondere Milchküchen im Anschluß an die Ambulatorien errichtet werden.

Die wesentlichste Aufgabe dieser Beratungsstellen, welche in der einfachsten Form aus einem Warte- und einem Ordinationsraum bestehen, ist die Förderung des Selbststillens durch Belehrung, eventuell auch durch materielle Unterstützung (Stillprämien) armer, insbesondere unverheirateter Mütter. Der Rückgang der Brusternährung infolge der Unkenntnis und falscher Beeinflussung, namentlich aber infolge der zunehmenden Berufsarbeit der Frauen ist die wesentliche Ursache der exzessiven Säuglingssterblichkeit und einer der größten Schäden des sozialen modernen Lebens. Die künstliche oder richtiger gesagt die unnatürliche Ernährung führt zur Entfremdung zwischen Mutter und Kind, das meist dritten Personen zur Pflege übergeben wird, zu einem schlechten Gedeihen, zur Krankheit und nur zu häufig zum Tode des Kindes und damit zur Auflösung des die Erzeuger einigenden Bandes. Die Sterblichkeit der künstlich genährten Kinder ist etwa zehnmal so groß als die der natürlich ernährten. Die weiteren Folgen der künstlichen Ernährung sind: zunehmende Zahl der illegitimen Geburten, körperliche Degeneration der Rasse, Depopulation und Rückgang der Militärtauglichkeit in den nichtstillenden Bezirken.

Nur da, wo das Stillen nicht durchgeführt werden kann, darf die künst-

liche Ernährung mit Kuhmilch in Frage kommen. Es ist bekannt und vielfach hervorgehoben, daß die schlechte Beschaffenheit der Kuhmilch, insbesondere aber die unzweckmäßige Art der Zubereitung und Verabreichung derselben die Quelle zahlreicher Erkrankungen und speziell der gefürchteten Darmkatarrhe ist, welche die Säuglinge insbesondere in den großen Städten und in den heißen Monaten des Jahres dezimieren. Es ist eine schon allgemein anerkannte Verpflichtung der städtischen Gemeinden, der armen Bevölkerung die Möglichkeit zur Erwerbung einer einwandfreien Milch zur Kinderernährung zu liefern. Es sollten daher in den größeren Städten mit den Beratungsstellen auch Stationen für Milchverteilung und Milchküchen verbunden sein, in welchen die Säuglingsnahrung in trinkfertigen Portionen hergestellt und abgegeben werden kann. Derartige Einrichtungen, sogenannte „gouttes de lait“, existieren bereits an mehreren Orten und entfalten eine anerkannt segensreiche Tätigkeit, so der von der Gemeinde Wien subventionierte Verein „Säuglingsschutz“.

Eine weitere wichtige Betätigung der Beratungsstelle ist die Aussendung von geschulten Pflegerinnen in die Wohnungen der unterstützungsbedürftigen kinderreichen Familien. Durch diese Hausbesuche soll die Durchführung der vom Arzte getroffenen Bestimmungen kontrolliert und die Mutter in der Pflege des Kindes und Zubereitung der Nahrung unterrichtet werden. Auch gibt es Fälle, in welchen es der Frau unmöglich ist, das Kind in die Schutzstelle zu bringen oder das erkrankte Kind zu pflegen. In diesen Fällen kann durch die Pflegerin für kurze Zeit ausgeholfen werden. Es hat sich gezeigt, daß diese Art der Belehrung der Mütter durch Frauen, die ihrem Empfinden und ihrer Lebensanschauung nahestehen, eine ganz besonders wirksame ist. Diese Kinderpflegerinnen können auch in den einfachsten Verhältnissen, in den kleinsten Landgemeinden ihre Tätigkeit ausüben in ähnlicher Weise, wie dies schon lange bei den Hebammen der Fall ist. Voraussetzung ist nur, daß sie durch Ärzte ausgebildet und auch in ihrer Tätigkeit andauernd von Ärzten überwacht sind.

Mit diesen Beratungsstellen ließe sich endlich ein Postulat erfüllen, das in anderen Ländern überall durchgeführt und dessen Durchführung auch bei uns längst als notwendig und unabweisbar erkannt ist: nämlich die Überwachung der Kost- und Haltekinder. Die traurige, völlig schutzlose Lage dieser Parias der Gesellschaft, die zu zahllosen unerkannten Mißhandlungen und Tötungen (Engelmacherinnen!) Veranlassung gibt, ist zu bekannt, als daß ich hier darauf einzugehen brauchte. In Frankreich und Ungarn sorgt der Staat, in Deutschland Vereine und besondere Kostkinderärzte für ihren Schutz. Die gesetzliche Zuweisung derselben an die Beratungsstelle und die dadurch gegebene, regelmäßige ärztliche Überwachung würde, ohne daß ein besonderer Aufwand nötig ist, die besten Garantien zu ihrer Sicherstellung bieten. Voraussetzung dafür ist freilich ein Haltekindergesetz, welches die Anmeldung der Kostkinder und die Konzessionierung der Pflegeparteien vorschreibt. In dieser Beziehung ist das Land Niederösterreich anderen Kronländern gegenüber im bedauerlichen Rückstand.

Die Organisation des ganzen Werkes in Österreich wäre naturgemäß für jedes Land gesondert durchzuführen. Es ist auf diese Weise möglich, den besonderen örtlichen und nationalen Verhältnissen gebührend Rechnung zu

tragen. Mittelpunkt der Landesorganisation ist das in der Landeshauptstadt zu errichtende Asyl, das den Namen „Kaiser-Franz-Joseph-Kinderasyl“ oder „Jubiläumsasyl“ führen könnte. Noch passender wäre vielleicht bei diesem den Frauen gewidmeten Werke die Bezeichnung „Elisabethwerk“, resp. „Kaiserin-Elisabeth-Haus“. Mit diesem ist die Mutterschule und eine Beratungsstelle samt Milchverteilung verbunden. Von hier aus sind auch die Wandervorträge für das Land und die Ausbildung der Pflegerinnen zu organisieren. Je nach Bedarf wird eine Anzahl von Beratungsstellen mit oder ohne Milchküche, sowie geschulte Kinderpflegerinnen über das Land verteilt. Alle Landesanstalten stehen in einem das ganze Reich umfassenden Verband. An der Spitze desselben, gleichsam als Musteranstalt und Mutterhaus, steht die in Wien zu errichtende Zentrale. Dieselbe hat neben ihrer Aufgabe als Landesanstalt zugleich als eine Art von Gesundheitsamt für Kinderpflege und -erziehung zu dienen, im Sinne der von dem Kinderschutzkongreß geforderten Zentrale für Säuglingspflege. An dieser Anstalt sollen außerdem die in den Provinzasylen durchzuführenden Einrichtungen und Methoden praktisch erprobt werden, damit nicht durch unzweckmäßige Versuche Zeit und Geld vergeudet werden. Endlich soll in dieser Anstalt das Lehr- und Pflegepersonal herangebildet werden, das dann den Mutterschulen und den wohlhabenden Bevölkerungskreisen zur Verfügung gestellt wird. Die Nachfrage nach verlässlichen und fachlich vorgebildeten Pflegerinnen ist, wie das Resultat der ersten und einzigen in Österreich bestehenden Schule zeigt, eine überaus große und berechtigte. Es eröffnet sich damit ein neuer Berufszweig, der auch geistig höher gebildeten Mädchen und Frauen Gelegenheit zu einem lohnenden und sicheren Erwerbe bietet. Vielleicht tragen diese Pflegerinnenschulen dazu bei, den vielfach ins uferlose gehenden Bestrebungen der Frauenemanzipation eine den Fähigkeiten und dem natürlichen Beruf des Weibes entsprechende Richtung zu geben.

Als Vorbild für diese Zentralanstalt könnte das aus Anlaß der 25jährigen Hochzeitsfeier des deutschen Kaiserpaars gegründete und demnächst ins Leben tretende „Kaiserin-Augusta-Viktoria-Haus“ dienen. Es soll darin die wissenschaftliche Erforschung des ganzen Gebietes, insbesondere das Studium der Ernährungsvorgänge, der körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes betrieben und alle auf diesem Gebiete gemachten Fortschritte und Entdeckungen, die im Handel befindlichen Nährpräparate usw. auf ihren praktischen Wert geprüft werden. Unter anderem wären auch die Bedingungen, unter denen eine für Säuglingsernährung geeignete Milch zu möglichst billigem Preise erzeugt werden kann, sowie die zweckmäßige Art ihrer Behandlung und ihres Transportes genauer zu studieren. Dazu bedarf es erstklassiger wissenschaftlicher Hilfskräfte und gut eingerichteter und dotierter Laboratorien neben einem genügenden Beobachtungsmaterial an Kindern, auch eines Musterstalles und eines kleinen landwirtschaftlichen Betriebes. Es wäre ferner ein Museum, sowie eine ständige Ausstellung, in welcher alle auf die Kinderpflege und -erziehung bezüglichen Erzeugnisse vorgeführt werden, vorzusehen. Es würde dadurch das Publikum vor der gerade auf diesem Gebiete geübten Anpreisung wertloser Präparate geschützt und der Industrie Anregung zu neuen Problemen geboten werden.

Es ist kaum möglich, einen Überschlagn für das gesamte finanzielle

Erfordernis dieser Organisation zu machen. Es hängt dies zu sehr von dem Ausmaße ab, in welchem dieselbe in Angriff genommen wird. Für die Errichtung der Zentrale in Wien kann die Kostenberechnung des Berliner Augusta-Viktoria-Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit herangezogen werden. Dieselbe beläuft sich auf ca. 3 Millionen Mark. Dieselben würden sich aber für Wien bedeutend restringieren, wenn die Anstalt an eines der schon bestehenden Kinderspitäler, so an das St. Anna-Kinderspital und den Verein „Säuglingsschutz“ angeschlossen wird.

Der schwierigste und kostspieligste Teil der Anlage ist die Errichtung und Erhaltung der Kinderasyle. Dabei ist zu bedenken, daß die Länder und Gemeinden das lebhafteste Interesse an dem Zustandekommen derselben haben, da, wie die Verhandlungen des Kinderschutzkongresses gezeigt haben, das dringende Bedürfnis nach einer entsprechenden Unterbringung gerade der jüngsten Altersklasse besteht. Auch wird gegenwärtig in allen Ländern und Städten an der Errichtung von solchen Anstalten gearbeitet. Es ist also zu erwarten, daß die Jubiläumsaktion von seiten der Länder und Gemeinden dazu benutzt wird, um diesen dringendsten Teil der Armenkinderpflege in Angriff zu nehmen, und daß sie auch zur Errichtung derselben beitragen werden. Der bauliche Aufwand für ein Kinderasyl von ca. 50 Betten inklusive einer Beratungsstelle und Mutterschule dürfte sich auf 200000—250000 K bemessen. Die Betriebskosten wären zum Teil von den einlaufenden Verpflegungsgeldern, sowie den Zuschüssen der Gemeinde und des Landes zu decken. Die Höhe derselben hängt naturgemäß von der Zahl der verpflegten Kinder, der Zahl der Beratungsstellen, des ärztlichen, des Lehrpersonales und der angestellten Pflegerinnen ab. In Ungarn, welches einen hochentwickelten Kinderschutz und nicht weniger als acht staatliche Kinderasyle besitzt, soll der jährliche Aufwand nicht mehr als 4—5 Millionen K betragen. Unter allen Umständen wird es aber auch mit beschränkten Mitteln möglich sein, die Aktion mit der Wiener Zentrale zu beginnen, deren Vorbild und Erfahrung dann die Landeshauptstädte nachfolgen würden. Die Aktivierung derselben könnte unter der Voraussetzung, daß das St. Anna-Kinderspital durch Verlegung der Klinik für diese Zwecke disponibel wird, schon in kürzester Zeit erfolgen.

Wenn auch einzelne Teile der hier entwickelten Organisation schon praktisch erprobt und durchgeführt sind, so ist doch noch nirgends die Volksbelehrung auf dem Gebiete der Kinderpflege, die zielbewußte Erziehung der Frau zur Mutter in so klarer und vor allem in so umfassender Weise geplant und durchgeführt worden. So wie jede wirksame Maßnahme am Fundamente einsetzt, so muß die Erziehung des Volkes bei der Jugend, die Erziehung der Jugend in der Familie beginnen. Der Schutz und die Unterstützung der Autorität der Familie, die Erziehung der Jugend zu körperlicher und geistiger Gesundheit, die Behütung derselben vor Krankheit und Siechtum ist die Grundlage und Voraussetzung jeder durchgreifenden sozialen Besserung.

Daß Österreich gerade auf diesem Gebiete noch sehr im Rückstande ist, zeigt die enorme Säuglingssterblichkeit (von 100 lebend geborenen Kindern sterben 24 vor Ablauf des ersten Lebensjahres), in welcher es unter allen europäischen Staaten nur von Rußland übertroffen wird. Würde es durch Verbesserung der Säuglingspflege und Ernährung gelingen, dieselbe auf die Höhe

der in Norwegen und Schweden herrschenden Kindersterblichkeit herabzudrücken (12% der lebend Geborenen), so würde dadurch bei ca. 900000 Geburten in Österreich die Zahl der Todesfälle um ca. 80000 jährlich vermindert werden. Die unnatürliche hohe Kindersterblichkeit ist, abgesehen von allen anderen Gesichtspunkten, ein schwerer nationaler und ökonomischer Verlust, und gerade die angrenzenden Staaten, Deutschland und Ungarn, sind eifrig am Werke, durch zielbewußte Maßnahmen zum Schutze und zur Erhaltung der Kindheit sich diese reiche Quelle nationaler Kraftentfaltung zu sichern.

Es wäre ein des Jubiläums würdiges Werk, wenn Österreich durch die Initiative Sr. Majestät in die Reihe und den Wettbewerb dieser Staaten einträte, eingedenk des Ausspruches des verewigten Kronprinzen Rudolph:

„Das wertvollste Kapital des Staates ist der Mensch!“

Salge-Göttingen.

Das Säuglingsheim zu Barmen.

Von

Dr. Theodor Hoffa, leitendem Arzt.

(Schluß.)

Betrieb.

Nicht ohne große Bedenken haben wir eine Krippe mit Unterbringung der Kinder nur während des Tages und ein stationäres Säuglingsheim in einem Hause vereinigt. Es geschah dies zunächst, weil die ganze Anstalt sich aus einer Krippe entwickelt hatte und weil der Verein „Krippe und Kinderheim“ nicht ohne zwingende Notwendigkeit die an sich so segensreiche Krippenarbeit aufgeben wollte. Für die ärztliche Leitung hat die Verbindung mit der Krippe den Vorteil, daß diese dem Säuglingsheim häufig stillende Frauen aus der Stadt zuführt, deren Beihilfe neben Hausammen oft sehr erwünscht war. Diesen Vorteilen steht gegenüber die große Gefahr der Einschleppung ansteckender Krankheiten aus der Krippe, deren Insassen ja in beständigem Verkehr mit der Außenwelt stehen. Wir glaubten, diese Gefahr vermeiden zu können dadurch, daß wir Krippe und Säuglingsheim räumlich und im Betrieb, d. h. vor allem bezüglich des pflegenden Personals, vollkommen trennten. Und wenn es erlaubt ist, aus den Erfahrungen des ersten Jahres etwas zu folgern, so war diese Hoffnung wohlbegründet. Trotzdem in der Krippe wiederholt Fälle von Masern und Stickhusten vorkamen, wurde doch kein Fall ins Säuglingsheim eingeschleppt. Ein ehrendes Zeugnis für die Pflichttreue und Umsicht unseres Pflegepersonals! Es liegt aber doch in der Absicht unseres Vereinsvorstandes, späterhin das ganze Haus den Zwecken des Säuglingsheims dienstbar zu machen und eine Anzahl kleinerer Krippen in verschiedenen Stadtteilen zu errichten. Krippen haben vom ärztlichen Standpunkt immer etwas Mißliches. Der Ausbruch einer ansteckenden Krankheit unter den jungen (1—3 Jahre alten) Pfleglingen fordert fast stets Opfer an Menschenleben; und doch sind Krippen nicht zu entbehren, wenn man nicht zahlreiche Kinder aus der arbeitenden

Bevölkerung völliger Verwahrlosung will anheimfallen lassen. Es gilt also, einen Weg zu finden, auf dem die Gefahren wenn nicht ganz vermieden, so doch möglichst verringert werden. Die Hauptmittel hierbei sind:

1. möglichste Dezentralisation, d. h. viele Krippen mit nicht zu zahlreichen Pfleglingen, und zwar in möglichster Nähe großer Fabriken;
2. genaue Erkundigungen über etwaige im Haus der Pfleglinge vorgekommene Fälle von Ansteckungskrankheiten;
3. strengste gesundheitliche Überwachung, tägliche ärztliche Kontrolle, tägliche Temperaturmessung sämtlicher Kinder;
4. Durchführung aller hygienischen Maßnahmen (Reinlichkeit, Luft und Licht, Isolierräume, einwandfreie Diätetik).

Ich warne dringlichst davor, Krippen einzurichten, wenn nicht durchaus geeignete Räume, genügendes Betriebskapital und tüchtiges Pflegepersonal gesichert sind. Als vorzügliches Muster einer Krippe, wie sie sein soll, nenne ich die Kasseler Krippe, deren Besichtigung ich jedem Interessenten empfehle.

Für den Pflegedienst im eigentlichen Säuglingsheim waren mir im allgemeinen die von Schloßmann aufgestellten Grundsätze maßgebend: strengste Asepsis, möglichste Verwendung der natürlichen Ernährung (Hausammen), zahlreiches, gut geschultes und intelligentes Pflegepersonal, ausgedehnte Freiluftbehandlung der Säuglinge. Unser

Personal

besteht aus:

- 1 vorstehenden Schwester (Kaiserswerther Diakonisse), die die Verwaltung besorgt und die allgemeine Aufsicht führt;
- 1 Oberschwester des Säuglingsheims, der die Ausbildung der Schülerinnen und die technische Aufsicht über die Schwestern obliegt;
- 5—6 ausgebildeten Schwestern;
- 6 Schülerinnen (Lehrschwestern)

zus. 14 Pflegerinnen.

Wir rechnen auf je 5—6 Säuglinge eine Pflegerin, außerdem 2 Nachtwachschwestern, 1—2 Schwestern für die Milchküche.

Unser Pflegepersonal rekrutiert sich aus jungen Mädchen mit genügender Schulbildung, die Mehrzahl hat die höhere Mädchen-

schule absolviert. Die Schülerinnen werden in einem einjährigen Kursus ausgebildet, außerdem nehmen wir noch einzelne junge Damen als Pensionärinnen für mindestens $\frac{1}{4}$ Jahr auf. (Das Nähere s. Anlage 3, S. 198.)

Die Zahl der Gesuche um Anstellung als Schülerin bzw. Pensionärin war bis jetzt stets eine ziemlich große. Man ersieht daraus, daß in weiten Kreisen unserer Bevölkerung der Wunsch nach Ausbildung der jungen Mädchen in der Säuglingspflege ein reger ist. Meiner Ansicht nach ist diese Ausbildung eines der wirksamsten Mittel zur Aufklärung des Volkes über die Ideen der modernen Säuglingsheilkunde und -pflege.

Der Dienst der Schwestern beginnt früh $\frac{1}{2}$ 7 Uhr und dauert bis abends 7 Uhr mit täglich $1\frac{1}{2}$ Stunde Freizeit und wöchentlich einem freien Nachmittag. Abends 7 Uhr beginnt der Dienst der beiden Nachtwachschwestern, die diesen Posten immer je 14 Tage bekleiden und tagsüber schlafen.

Ich lasse sämtlichen Säuglingen, einerlei, ob sie natürlich oder künstlich ernährt werden, 5 Mahlzeiten innerhalb 24 Stunden verabreichen, und zwar die letzte Mahlzeit abends 9 Uhr und die erste frühmorgens 5 Uhr durch die Nachtwache, während tagsüber um 9 Uhr morgens, 1 Uhr und 5 Uhr nachmittags gefüttert wird. Die Nachtwache besorgt auch die morgendliche Temperaturmessung. Der Tagesdienst beginnt mit dem täglichen Baden sämtlicher Kinder, nach dem Bad wird täglich das Nettogewicht bestimmt. Die zweite Temperaturmessung erfolgt nachmittags 5 Uhr, 2stündliche Temperaturmessung auf ärztliche Anordnung.

Sämtliche Mahlzeiten, auch die Brustmahlzeiten, werden nach Art und Menge (Gewicht) genau registriert, und zwar 1. auf dem sog. Trinkzettel und 2. auf dem Kurvenblatt, das Auskunft gibt über Körpertemperatur, Körpergewicht, Ernährung, Stuhl, Urin, Arzneibehandlung und sonstige therapeutische Eingriffe, Dauer des Aufenthalts im Freien usw.

Endlich wird für jedes Kind ein besonderes Krankenjournal geführt. Die ärztliche Visite beginnt vormittags gegen 10 Uhr.

Um stets über genügende Mengen Frauenmilch verfügen zu können, nehmen wir eine Anzahl (3—4) lediger Mütter mit ihren Kindern als Hausammen auf. Diese Hausammen stillen außer ihrem eigenen Kind noch eine Anzahl fremder ganz oder teilweise. Auch wir haben die Erfahrung gemacht, daß es leicht gelingt, die

Ergiebigkeit der Brustdrüsen dieser Ammen durch immer stärkere Beanspruchung sehr erheblich zu steigern. Wir erzielen in der Regel ein durchschnittliches Tagesquantum von 2000 g pro Amme. Dazu kommt noch die Milch einiger Stillfrauen aus der Stadt, so daß wir meist über eine Tagesmenge von etwa 10 Liter Frauenmilch verfügen.

Die Hausammen erhalten eine Besoldung von 25 M. monatlich, davon werden 15 M. für Pflege des Ammenkindes abgezogen. Außerdem erhalten sie Prämien von 3—10 M. bei besondern Anlässen (Gewichtszunahme eines besonders schwerkranken Kindes, Erreichung von 2000 g Milchproduktion pro Tag).

Zu dem eigentlichen Pflegepersonal und den Hausammen kommen dann noch die

Hilfskräfte für Küche, Haus und Waschküche, zusammen etwa 9 Personen, so daß im ganzen 26—27 erwachsene Personen im Hause ständig tätig sind. Das ist ja anscheinend eine recht große Zahl im Verhältnis zur Zahl der Pfleglinge, die sich durchschnittlich auf etwa 20—25 Krippenkinder (1—3 Jahre alt) und 40—45 Säuglinge (einschließlich der Krippensäuglinge), also im ganzen auf 60—70 Kinder beläuft. Das läßt sich aber nicht vermeiden, wenn man etwas Ersparnis leisten will. Es handelt sich ja fast ausschließlich um kranke Säuglinge. Auch diejenigen Säuglinge, die uns als angeblich gesund zur Pflege gebracht werden, etwa weil die Mutter gestorben oder ins Krankenhaus verbracht ist, sind fast stets schwer geschädigt. Mehr als 5—6 derartiger Kinder können unmöglich von einer Pflegerin versorgt werden.

Der Wäscheverbrauch ist ein sehr großer; wir rechnen mit einem Tagesverbrauch von etwa 1000 Windeln und Einschlagetüchern. Über die Höhe der Pflegekosten kann ich heute noch keine genauern Angaben machen; ich werde das baldigst nachholen. Ganz ungefähr kann man die Kosten (einschließlich aller Generalunkosten) auf etwa 3 Mark pro Kind und Tag schätzen.

Die Anstaltspflege wird wegen ihrer hohen Kosten immer auf die Fälle beschränkt werden müssen, für die eine andere Unterkunft durchaus nicht zu beschaffen ist oder die wegen Lebensschwäche oder Krankheit einer eingehenden ärztlichen Beobachtung und Behandlung sowie der natürlichen Ernährung an der Ammenbrust bedürfen. Das Säuglingsheim ist also Asyl und Kranken-

haus zugleich. Über unsere Aufnahmebedingungen s. Anlage 4, S. 200.

Sobald die Pfleglinge die nötige Widerstandskraft erlangt haben, sollen sie in eine von der Anstalt aus (durch eine ad hoc ausgebildete Schwester) überwachte Einzelpflege entlassen werden. Diese ergänzende Fürsorge soll in Barmen demnächst eintreten; unsere Stadtschwester soll dann die Haltekinde und unehelichen Kinde überhaupt regelmäßig besuchen, auf ihren Gesundheits- und Pflegezustand prüfen und die Kinde — je nach Bedarf öfter oder seltener — zur ärztlichen Untersuchung ins Säuglingsheim bestellen. Die Versorgung dieser Kinde mit einwandfreier Kuhmilch wird hoffentlich bald mit Hilfe der Stadt erfolgen können.

Diätetik.

Die Ernährung der Säuglinge erfolgt, soweit sie nicht Frauenmilch erhalten, nach dem Prinzip der Minimalernährung unter Zugrundelegung des kalorischen Wertes der Nahrung. Bei gesunden Kindern werden Mischungen aus Milch mit Hafergrützenschleim und Soxhletschem Nährzucker verwendet, bei kranken kommen je nach Lage des Falles andere Nahrungsarten zur Verwendung, so die Kellersche Malzsuppe und Buttermilch. Da letztere hier kaum einwandfrei zu haben ist und die Herstellung in der Milchküche selbst mit zu großen Kosten verbunden war, habe ich statt der Buttermilch im letzten Halbjahr fast ausschließlich Magermilch mit Zusatz von Mehl und Zucker verwendet. Ich glaube, daß wir damit im großen und ganzen dieselben Erfolge erzielt haben, wie mit der Buttermilch. Näheres soll später mitgeteilt werden.

Fettreiche (Sahne-)Gemische haben wir in einzelnen Fällen von Mehlnährschaden mit gutem Erfolg verwendet.

Zeitig (vom 5. bis 6. Monat ab) wird Kompott bzw. Fruchtsaft beigegeben; weiterhin Brei (von Zwieback und Grieß), und Gemüse. Fleischbrühe kommt selten, nur bei fetten, überernährten Kindern zur Anwendung.

Die Ernährung der Kinde jenseits des 1. Lebensjahres ist eine rein laktovegetabile ohne Fleisch. Auch die Krippenkinde (bis zu 3 Jahren alt) werden ohne Fleisch ernährt. Eier werden bei größeren Kindern hin und wieder in spärlicher Menge gereicht.

Eine Übersicht der bei uns gebräuchlichen Milchmischungen gibt Anhang 5, S. 203.

Von ebenso großer Wichtigkeit wie die richtige Ernährung ist für die in Anstalten zusammen verpflegten Säuglinge die sorgfältige Pflege: alle Kinder werden täglich gebadet, sehr oft trocken gelegt (vor und nach jedem Trinken). Den Schwestern ist gründlichstes Händewaschen mit fließendem heißem Wasser, Seife und Bürste vor jeder Berührung eines Säuglings zur strengsten Pflicht gemacht. Bei irgend infektiösen Kindern (Otitis, Furunkel, Lues) ist Anlegung eines besondern Mantels und Händedesinfektion mit Sublimat bzw. Hydrarg. oxycyanat. vorgeschrieben. Zur Isolierung von hustenden oder mit Grippe behafteten Kindern benutzen wir hölzerne Rahmen, die, mit einer mehrfachen Gazelage bespannt, um das Bett herumgestellt werden.

Die Sauger werden nach jedem Gebrauch gründlich gereinigt und durch Auskochen desinfiziert. Sie werden in einer Glasschale mit Deckel zwischen steriler Gaze aufbewahrt und mit ausgekochter Pinzette daraus entnommen.

So oft und so lange eben möglich, werden die Säuglinge der freien Luft auf den Veranden, in der Liegehalle oder bei offenen Fenstern ausgesetzt. Die Abmessungen der Räume im Hause selbst sind so gewählt, daß auf je ein Kind in der Krippe ein Luftraum von 10 cbm, auf je einen Säugling im Säuglingsheim ein Luftraum von 15 cbm entfällt.

Mit der Errichtung des Säuglingsheims mit Krippe ist der erste und wesentlichste Punkt in dem Programm erfüllt, das die Verwaltung unserer Stadt zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit aufgestellt hatte¹⁾. Daß es so schnell gelungen ist, zum Ziele zu kommen, verdanken wir außer der tatkräftigen Unterstützung der städtischen Behörden, vor allem des I. Beigeordneten Herrn Dr. Hartmann und des Kgl. Kreisarztes Herrn Dr. Kriege, dem Opfersinn einer großen Reihe von Barmer Bürgern und Bürgerinnen, die in kurzer Zeit die nötigen Mittel aufbrachten.

Bei der Einrichtung der Anstalt, der Organisation des Dienstes und während des ersten Halbjahres des Betriebes hatte ich mich

¹⁾ Kriege und Seutemann, Ernährungsverhältnisse und Sterblichkeit der Säuglinge in Barmen. Zentralblatt f. allg. Gesundheitspflege, XXV. Jahrgang, 1906.

der äußerst wertvollen Mitarbeit der bewährten Oberin der Schloßmannschen Klinik, Schwester Luise Schwarz, zu erfreuen. Unsere Anstalt ist ihr für ihre mit größter Umsicht und aufopfernder Pflichttreue geleistete Hilfe zu großem Danke verpflichtet. Unser Dank gebührt aber vor allem auch Herrn Professor Schloßmann selbst für vielfachen wertvollen Rat bei der Ausarbeitung der Pläne und bei der Organisation der Anstalt.

Nachdem jetzt ein fester Mittelpunkt geschaffen ist, wird es nicht schwer fallen, die übrigen Einrichtungen einer rationellen Säuglingsfürsorge anzugliedern, vor allem eine geordnete Überwachung der Haltekinder und unehelichen Kinder und eine Versorgung der Stadt mit einwandfreier Säuglingsmilch. Sobald der gesamte Plan durchgeführt ist, was hoffentlich noch im Laufe dieses Jahres geschieht, soll in dieser Zeitschrift wieder darüber berichtet werden.

Anhang 1.

Übersicht der Bau- und Einrichtungskosten des Barmer Säuglingsheims mit Krippe.

I. Grunderwerb	M.	22 421.29
II. Baukosten einschließlich Zentralheizung, Warmwasserbereitungsanlage, Installationen (Telephon, Aufzüge, elektrisches Licht, Gas und Wasser)	„	96 168.91
III. Innere Einrichtung:		
A. Möbel, Kinderbetten, Hausgerät, Badewannen	M.	6402.76
B. Instrumente	„	1378.35
C. Milchküche	„	2449.92
D. Waschküche	„	5060.20
E. Wäsche	„	7588.73
		„ 22 879.96
	Insgesamt	M. 141 470.16
Dazu Wert der geschenkten und aus der alten „Krippe“ mitgebrachten Mobilien, Wäsche u. dgl.	„	5 000.—
	Gesamtsumme	M. 146 470.16

Anhang 2.

Übersicht der Lieferanten.

Anfertigung der Pläne und gesamte Bauausführung	Ad. Boeckler & Sohn, Barmen.
Zentralheizung und Warmwasserbereitungsanlage	Gesellschaft für Heizungs- und Lüftungsanlagen, Köln a. Rh.
Elektrische Installation	E. Herhahn, Barmen.
Gas- und Wasser-Installation	E. Langenbeck, Barmen.

Wäschereimaschinen	Boy & Rath, Duisburg.
Milchküche	Th. Timpe, Magdeburg.
Säuglingsbetten	Wilh. Holzhauer, Marburg.
Instrumentarium	Lütgenau & Cie. A.G., Düsseldorf.

Wäsche, Hausgerät, Möbel, Kücheneinrichtung wurden fast ausschließlich geliefert von Barmer Firmen und Handwerkern.

Anhang 3.

Bestimmungen, betreffend die Aufnahme junger Mädchen zur Ausbildung als Kinder-, Säuglings- und Krankenpflegerinnen im Säuglingsheim mit Krippe zu Barmen, Zeughausstr. 40.

§ 1.

Der Verein Krippe und Kinderheim (E. V.) in Barmen ist ein gemeinnütziger Verein, der sich der Fürsorge für arme und kranke Kinder widmet. Den Zwecken des Vereins dient in erster Linie das aus freiwilligen Beiträgen errichtete, durch ebensolche Beiträge, sowie durch städtische Beihilfe unterhaltene „Säuglingsheim mit Krippe“.

§ 2.

Der Verein bildet geeignete junge Mädchen durch eine vollständige theoretische und praktische Unterweisung derartig aus, daß sie die Verpflegung und Wartung eines Kindes, vorzugsweise eines Säuglings, in gesunden und kranken Tagen vollständig und selbständig zu übernehmen vermögen.

Außer den eigentlichen Schülerinnen, die sich auf ein Jahr verpflichten müssen (siehe § 6), nimmt die Anstalt auch junge Mädchen für kürzere Zeit auf (Pensionärinnen). Diese verpflichten sich auf ein Vierteljahr und haben eine Pension von M. 80,— pro Monat zu zahlen, worin Lehrgeld und volle Pension einbegriffen sind. Für ihre Kleidung (Kleider, Schürzen und Hauben) hat die Pensionärin selber aufzukommen.

§ 3.

Das Anstaltsgebäude befindet sich in bevorzugter Lage und ist von einem Garten umgeben. Die Räume entsprechen allen Anforderungen moderner Hygiene. Die Schlafzimmer der Schülerinnen sind freundlich und gesund.

§ 4.

Anmeldungen als Schülerin resp. Pensionärin sind schriftlich an die Verwaltung des Säuglingsheims zu richten.

§ 5.

Als Schülerinnen bzw. Pensionärinnen können christlich gesinnte junge Mädchen aufgenommen werden, wenn sie folgende Bedingungen erfüllen:

1. Ein Alter nicht unter 18 Jahren.
2. Ausreichende allgemeine Bildung. (Die Säuglingspflege stellt hohe Anforderungen an diejenigen, die sich diesem Berufe widmen wollen. Die als Schülerinnen oder Pensionärinnen eintretenden jungen Mädchen müssen daher eine gute Schulbildung aufweisen, damit sie imstande sind, dem theoretischen und praktischen Unterricht nach jeder Richtung hin zu folgen.) Der Meldung sind beizufügen
3. ein ärztliches Zeugnis über den befriedigenden Gesundheitszustand der Bewerberin.

4. Ein selbst geschriebener und verfaßter Lebenslauf.
5. Ein Sittenzeugnis von einem Geistlichen. Erwünscht sind auch Empfehlungen anderer bekannter Persönlichkeiten, z. B. Schulleiter.
6. Die zur Anmeldung nötigen Papiere, insbesondere ein Abmeldeschein.
7. Eine Photographie der Bewerberin.

§ 6.

Wird die Bewerberin seitens des Vorstandes als Schülerin angenommen, so hat sie sich schriftlich zu verpflichten, ein volles Jahr in den Diensten der Anstalt zu verbleiben. Die Schülerin zahlt in den 3 ersten Monaten der Ausbildung pro Monat 50 M. Für weitere 3 Monate erhält sie freie Wohnung und Verpflegung. Dann erhalten diejenigen, die in der Ausbildung genügend fortgeschritten sind, ein Taschengeld von 15 M. pro Monat.

§ 7.

Als Anstaltskleidung sind 3 Kleider, 9 Schürzen, 3 Hauben, 4 Kragen erforderlich und werden von der Anstalt zum Selbstkostenpreis geliefert.

Während des Dienstes haben die Schülerinnen und Pensionärinnen Anstaltskleidung zu tragen. Außerhalb der Anstalt tragen die jungen Mädchen eine nicht auffallende Privatkleidung.

§ 8.

Schülerinnen bzw. Pensionärinnen, die sich als zur weiteren Ausbildung ungeeignet erweisen oder sich der Hausordnung nicht fügen, können vom Vorstand unter Einhaltung einer 4 wöchentlichen Kündigungsfrist wieder entlassen werden.

§ 9.

Die Schülerin empfängt eine vollständige praktische Ausbildung auf sämtlichen Abteilungen des Hauses: Krippe, Säuglingsheim und Milchküche. Sie soll hierdurch befähigt werden, jedes gesunde Kind von der Geburt an entsprechend zu verpflegen, bei kranken Kindern dem Arzte eine Hilfe und allen Anforderungen entsprechende Kinderkrankenpflegerin zu sein.

Ebenso erhalten die Schülerinnen einen vollkommen ausreichenden ärztlichen Unterricht über Pflege und Ernährung des gesunden und kranken Kindes, sowie der Krankenpflege überhaupt. Die Unterweisung in der praktischen Pflege erfolgt durch die Oberschwester der betreffenden Abteilung.

§ 10.

Die Hausordnung wird derart geführt, daß das erste Frühstück um 6 Uhr, das zweite um 8 $\frac{1}{2}$ Uhr, das Mittagessen um 12 $\frac{1}{4}$ Uhr, das Vesperbrot um 4 Uhr und das Abendessen um 7 Uhr gemeinsam eingenommen wird.

Die Schülerinnen und Pensionärinnen werden als Schwestern mit dem Vornamen angeredet.

Der Tagesdienst endet abends um 7 Uhr und besteht nur in der eigentlichen Pflege der Kinder. Auch hat die Schwester für die Sauberhaltung des Inventars des Kindes zu sorgen und daher durch ihre Schuld zerbrochene Sachen zu ersetzen.

§ 11.

In ihrem Schlafzimmer hat die Schülerin morgens ihr Bett zu machen und den Waschtisch in Ordnung zu bringen.

§ 12.

Jeder Schwester steht nach Möglichkeit eine Freistunde am Tage zu und wöchentlich ein freier Nachmittag von 3—9 Uhr. Sie hat die vorstehende Schwester und die Oberschwester davon in Kenntnis zu setzen, wo und mit wem sie die Zeit verbringen will. In den übrigen Stunden darf die Schwester sich nicht ohne Erlaubnis der Oberschwester von der ihr zugewiesenen Station entfernen. Die übrige Freizeit regelt sich nach der Hausordnung.

§ 13.

Sämtliche Schwestern, Schülerinnen und Pensionärinnen haben strengstens das Berufsgeheimnis zu wahren.

§ 14.

Der Unterricht wird zweimal in der Woche durch den Anstaltsarzt und die Oberschwester erteilt.

Ein Geistlicher hält regelmäßige Erbauungsstunden; auch erhalten die Schwestern Urlaub zum Besuch der Kirche und Bibelstunde.

§ 15.

Bei leichteren Erkrankungen und solange keine Gefahr der Übertragung für die Mitschwestern oder die Kinder der Anstalt besteht, werden die Schwestern in der Anstalt gepflegt. Bei etwaiger schwerer Erkrankung wird die Patientin nach vorheriger Benachrichtigung der Angehörigen in das Krankenhaus überführt. Während der Dauer von sechs Wochen tritt die Anstalt für die Kosten der 3. Klasse ein. Weigert sich die Schwester, der Einweisung in ein Krankenhaus Folge zu leisten, so hat der Verein keine Verpflichtung, für ärztliche Behandlung aufzukommen.

Vom 2. Halbjahr ab trägt die Anstalt die Hälfte des Beitrags zur Invaliditätsversicherung.

§ 16.

Nach Ablauf des Lehrjahres werden die Schülerinnen einer praktischen und theoretischen Prüfung unterzogen und ihnen über das Ergebnis ein Zeugnis ausgestellt. Mit Hilfe desselben wird es nicht schwer fallen, entsprechend gut dotierte Stellen zu finden; auch wird der Verein Schülerinnen, die sich die Zufriedenheit der Anstaltsleitung erworben haben, hierbei behilflich sein.

Die Pensionärinnen erhalten nach beendeter Lehrzeit ebenfalls einen Ausweis über ihre Tätigkeit und ihre Leistungen in der Anstalt.

Alle schriftlichen Anfragen usw. sind zu richten

An die

Verwaltung des Säuglingsheims mit Krippe

Barmen, Zeughausstraße 40.

Anhang 4.

Bestimmungen über die Aufnahme von Kindern in das Säuglingsheim und die Krippe.

1. Krippe.

§ 1.

Die Krippe nimmt, um der Verwahrlosung der Kinder vorzubeugen, für die Tagesstunden gesunde Kinder jeder Konfession auf, im Alter von 6 Wochen bis 3 Jahren

a) von armen, arbeitsamen, in gutem Ruf stehenden Witwen (oder in Witwenlage sich befindenden Frauen), welche tagsüber außerhalb der Wohnung arbeiten müssen,

b) aus solchen Familien, in denen die Mutter zu Hause oder im Krankenhaus bzw. Wöchnerinnenheim krank darniederliegt.

§ 2.

Die Kinder werden, um einer mißbräuchlichen Benutzung der Krippe zu wehren, nur dann aufgenommen, wenn:

a) die seitens der Armenverwaltung, der Gemeindeschwestern und des Vereins eingezogenen Erkundigungen die Aufnahme der Kinder wegen mangelnder Pflege und Aufsicht nötig erscheinen lassen;

b) eine anderweitige Unterbringung bei Verwandten usw. nicht möglich ist;

c) der Anstaltsarzt gegen die Aufnahme nichts einzuwenden hat.

§ 3.

Der tägliche Pflegesatz beträgt in der Regel 0,50 M. In einzelnen Fällen kann der Vorstand auf Antrag eine Ermäßigung eintreten lassen.

§ 4.

Die Kinder sind mit Ausnahme der Sonn- und Feiertage morgens von 6 $\frac{1}{2}$ —7 $\frac{1}{2}$ Uhr (im Winter bis 8 Uhr) frisch gewaschen und gekämmt pünktlich in die Krippe zu bringen und abends zwischen 6—7 $\frac{1}{2}$ Uhr pünktlich abzuholen. Das Kind bringt außer Kleidung, die es trägt, noch zwei trockene Tücher mit.

§ 5.

Da die Einziehung der Erkundigungen manchmal viel Zeit erfordert, so empfiehlt es sich, das Kind spätestens 4 Wochen vor dem Aufnahmetermine anzumelden, damit ein Platz frei gehalten werden kann.

§ 6.

Mit der Unterbringung der Kinder in der Anstalt übernehmen die Eltern die Verpflichtung, alle Bestimmungen, die schriftlich oder mündlich getroffen sind oder noch getroffen werden, genau zu befolgen und besonders die gesundheitlichen Anweisungen zu beachten, welche ihnen im Interesse der Kleinen gegeben werden.

2. Das Säuglingsheim.

§ 1.

Im Säuglingsheim finden Säuglinge Aufnahme:

a) unter den gleichen Voraussetzungen wie in der Krippe, wenn mit einer Unterbringung nur tagsüber nicht genügend geholfen ist;

b) die Kinder der als Hausammen aufgenommenen Mütter;

c) kranke Säuglinge, deren Aufnahme vom Anstaltsarzt für erforderlich gehalten wird. In Fällen dringlicher Gefahr für Leben und Gesundheit soll die Aufnahme solcher Kinder auch auf Grund einer anderweitigen ärztlichen Bescheinigung erfolgen.

§ 2.

An akuten Infektionskrankheiten (wie Scharlach, Masern, Stiekhusten usw.) leidende Säuglinge werden nicht aufgenommen.

§ 3.

Für die Unterbringung der Säuglinge im Säuglingsheim sind 3 Verpflegungsklassen eingerichtet.

Der Verpflegungssatz beträgt:

- a) in der 1. Klasse M. 6.— pro Tag,
- b) „ „ 2. „ „ 3.— „ „
- c) „ „ 3. „ „ 1.50 „ „

§ 4.

Bei Benutzung eines Wärmeschrankes (Couveuse) für früh geborene Kinder erhöht sich bei allen Verpflegungsklassen der Preis um 1 M. täglich.

§ 5.

Bei Kindern der 3. Verpflegklasse sind in dem Preise von M. 1.50 pro Tag alle Kosten inbegriffen. Die Benutzung der 3. Klasse steht nur Unbemittelten zu.

§ 6.

Bei Kindern der 1. u. 2. Verpflegungsklasse ist das ärztliche Honorar, Kosten für eventuelle Operationen und Eingriffe usw., Verbandstoffe und technische Untersuchungen nicht mit in den Verpflegpreisen inbegriffen und muß extra bezahlt werden.

Die Verwaltung erteilt nach Rücksprache mit dem leitenden Arzt bereitwilligst Auskunft, wie hoch sich diese Extrakosten belaufen werden.

§ 7.

Werden für Kinder 1. und 2. Klasse besondere Ansprüche gestellt, die über das, was seitens der ärztlichen Leitung für nötig erachtet wird, hinausgehen, so ist eine besondere Vereinbarung zu treffen.

§ 8.

Wünscht bei Kindern 1. und 2. Klasse die Mutter oder eine Begleitperson mit in der Anstalt aufgenommen zu werden, so sind für Wohnung und vollkommene Verpflegung M. 6.— extra pro Tag zu zahlen.

§ 9.

Bei der Aufnahme ist der Verpflegbetrag für 7 Tage pränumerando zu erlegen. Nach Ablauf dieser Zeit ist jeweils für weitere 7 Tage im voraus zu zahlen. Zuviel gezahlte Verpflegelder werden zurückgegeben.

§ 10.

Der Tag der Aufnahme und der Tag der Entlassung werden für einen Tag gerechnet, wenn das Kind bis 11 Uhr morgens abgeholt ist.

§ 11.

Gesuche um Ermäßigung der Verpflegsätze der 3. Klasse sind an die Verwaltung zu richten.

§ 12.

Erfolgt die Abholung eines Säuglings nicht zu dem seitens der Verwaltung bestimmten und den Angehörigen mitgeteilten Termine, so erhöht sich der Verpflegsatz ohne weiteres für jeden Tag der Verzögerung auf das Doppelte.

§ 13.

Melden Eltern das Kind selbst ab, so erfolgt die Entlassung des Kindes ausnahmslos an dem darauffolgenden Tage zwischen 10 und 11 Uhr vormittags.

§ 14.

In bezug auf die Abgabe von Pflegeschwestern und von Ammen bestehen gesonderte Bestimmungen, die durch die Verwaltung zu erhalten sind.

§ 15.

Diejenigen, die nicht Mitglieder des Vereins „Krippe und Kinderheim“ (E. V.) sind, werden ersucht, demselben beizutreten. Mitglieder des Vereins haben stets vor den Nichtmitgliedern den Vorzug.

§ 16.

Anmeldungen zur Mitgliedschaft des Vereins sowie besondere Spenden werden in der Anstalt selbst, ferner bei dem Vorsitzenden, Herrn Pastor Dick, Augustastraße 16, und dem Kassierer, Herrn Rudolf Weth, Untere Lichtenplatzerstraße 67 I, entgegengenommen.

Wünschen die Eltern die Unterbringung ihres Kindes in der Krippe oder im Säuglingsheim, so haben sie das Kind in der Anstalt, Zeughausstr. 40, anzumelden. Ist einem Kinde die Aufnahme gewährt, so muß es zur ärztlichen Untersuchung morgens von 9—10 Uhr in die Anstalt gebracht und dem Arzt vorgezeigt werden, der dann über die definitive Aufnahme entscheidet.

Nur in schweren Krankheitsfällen kann das Vorzeigen der Kinder und die eventuelle Aufnahme auch zu einer anderen Tageszeit erfolgen.

Anhang 5.

Übersicht der im Säuglingsheim zu Barmen gebräuchlichen Milchmischungen.

- | | |
|--|--|
| I. $\frac{1}{8}$ Milch mit Milchzucker | $\frac{1}{8}$ l Milch, $\frac{3}{8}$ l Wasser, 50,0 Milchzucker. |
| II. $\frac{1}{8}$ Milch mit Nährzucker | $\frac{1}{8}$ l Milch, $\frac{3}{8}$ l Hafergrützenschleim, 50 g Nährzucker (Soxhlet). |
| III. $\frac{1}{8}$ Milch | $\frac{1}{8}$ l Milch, $\frac{1}{2}$ l Grützenschleim, 50 g Nährzucker. |
| IV. $\frac{3}{8}$ Milch | $\frac{3}{8}$ l Milch, $\frac{1}{8}$ l Grützenschleim, 30 g Nährzucker (eventuell Zusatz von 10 g Weizenmehl). |
| V. Grützenschleim | Auf 1 l Wasser 40 g Quäker-Oats ($\frac{1}{2}$ Stunde gekocht). |
| VI. Malzsuppe I | $\frac{1}{8}$ l Milch, 50 g Malzsuppenextrakt nach Keller, 25 g Weizenmehl, $\frac{3}{8}$ l Wasser. |
| VII. Malzsuppe II (Originalvorschrift) | $\frac{1}{8}$ l Milch, 100 g Malzsuppenextrakt, 50 g Weizenmehl, $\frac{3}{8}$ l Wasser. |
| VIII. Buttermilch | Auf 1 l Buttermilch 15 g Mehl, 50 g Rohrzucker. |
| IX. Magermilch I | Auf 1 l Magermilch 10 g Mehl, 25 g Nährzucker. |
| X. Magermilch II | Auf 1 l Magermilch 15 g Mehl, 50 g Nährzucker (eventuell Rohrzucker). |
| XI. Grießbrei | Auf 1 l Milch 100 g Grieß, 50 g Zucker, 1 Prise Salz. |
| XII. Zwiebackbrei | Auf 200,0 Milch 1 Zwieback (10,0). |

Bericht des Ziehkinderarztes über die Ergebnisse der Ziehkinderbeaufsichtigung in Danzig im Jahre 1907.

Von

Dr. **Effler**, städtischer Ziehkinderarzt.

Die Resultate der Ziehkinderorganisation im Jahre 1907 sind, wie schon in den früheren Jahren, als gute zu bezeichnen. Die Statistik der Sterbefälle ergibt sogar für das Jahr 1907 das beste Ergebnis, das überhaupt bisher zu verzeichnen war. Es darf freilich nicht verschwiegen werden, daß der nasse und kalte Sommer zweifellos eine erhebliche Verminderung der Brechdurchfälle zur Folge gehabt hat. Aber nasse und kalte Sommer hat es auch früher gegeben, z. B. im Jahre 1902, und trotzdem ist die Sterblichkeit nicht derart heruntergegangen, wie es jetzt der Fall ist und sich nunmehr schon einige Jahre lang für Danzig zeigen läßt.

Die hier getroffenen Einrichtungen haben sich also in vollem Maße bewährt, und es ist zu hoffen, daß, vielleicht einige Jahre mit Brechdurchfallepidemien ausgenommen, auch in Zukunft die intensive Beaufsichtigung der Ziehkinder, die jetzt seit dem Jahre 1902 geübt wird, die Erfolge noch weiter bessern wird. Allerdings nicht in demselben Grade, wie es bei den ehelichen Kindern denkbar ist. Ist es doch nicht möglich, gerade die Hauptsache, die Propaganda der natürlichen Ernährung, bei den unehelichen Kindern in dem Maße durchzuführen, wie bei den ehelichen. Dazu mangelt es an der Voraussetzung, daß die unehelichen Mütter bei ihren Kindern bleiben können, in gar zu vielen Fällen. Die natürliche Ernährung wurde aber trotzdem durchgesetzt, wo es irgend anging. In 9 Fällen wurden Stillprämien zu Hilfe genommen. Mehrfach haben wieder, wie schon früher, Ziehmütter ihre Pflegekinder genährt. Oft konnte auch von der Zwiemilchernährung Gebrauch gemacht werden. Trotzdem betrugen die Zahlen der mit Frauenmilch ernährten Säuglinge nur 13 bis 17 % aller Säuglinge. Im einzelnen seien sie in folgender Tabelle wiedergegeben.

Am	Zahl der Säuglinge	Nur Frauen- milch	Zwimilch	%
1. 1. 07	357	41	21	17,3
1. 2. 07	370	45	17	17
1. 3. 07	370	30	18	13
1. 4. 07	382	36	21	14,9
1. 5. 07	383	35	19	14,1
1. 6. 07	394	33	20	13,4
1. 7. 07	374	33	16	13
1. 8. 07	384	39	12	13,3
1. 9. 07	393	33	10	10,9
1. 10. 07	394	33	13	11,6
1. 11. 07	392	42	12	13,7
1. 12. 07	377	38	9	12,5

Immerhin darf man wohl annehmen, daß die mit Allaitement mixte ernährten Kinder überhaupt keine Frauenmilch erhalten hätten, wenn ihre Mütter nicht bewogen worden wären, in ihren freien Stunden Brust zu geben, und daß auch ein Teil der übrigen Kinder sich mit der Flasche hätte behelfen müssen.

Eine den Forderungen der Hygiene genügende Tiernmilch gibt es leider immer noch nicht. Der Anfang, um zu ihr zu gelangen, ist aber gemacht. Es gibt jetzt Milch im Verkaufe, die an der Produktionsstelle filtriert und gekühlt wird und auch auf Eis abgefahren und in plombierten Flaschen abgegeben wird. Daß damit freilich noch nicht alles Notwendige geschieht, leuchtet ein. Außerdem befindet sich eine Polizeiverordnung in Bearbeitung, welche besondere Schäden abzustellen geeignet ist und Vorschriften über alle an gute Milch zu stellenden Anforderungen enthält. Dem Berichterstatter ist vom Magistrat Gelegenheit gegeben worden, seine Meinung über den Inhalt der einzelnen Paragraphen der Verordnung aus seiner praktischen Erfahrung heraus abzugeben. Hoffentlich wird diese Verordnung den Erfolg haben, daß das Publikum an die Beschaffenheit der Milch bestimmte Ansprüche zu stellen lernt und damit die Lieferanten zwingt, auf die Güte der zum Verkauf gestellten Ware Bedacht zu nehmen. Es besteht auch bereits der Plan, Musterstallungen zu errichten. Wann er verwirklicht werden wird, ist aber noch nicht zu sagen. Solange jedoch einwandfreie Milch hier noch nicht abgegeben werden kann, solange ist es leider auch noch gegenstandslos, hier an die Errichtung einer sogenannten Milchküche zu denken und infolgedessen auch die Schaffung einer Säuglingsfürsorgestelle noch nicht ratsam. Beides

— Fürsorgestelle und Milchküche — müssen in organischem Zusammenhang stehen. Die Zukunft wird hoffentlich aber beide Einrichtungen auch in Danzig erstehen lassen.

Diagnose	Januar		Februar		März		April		Mai		Juni	
	e.	u.	e.	u.	e.	u.	e.	u.	e.	u.	e.	u.
	66	10	58	12	74	9	56	18	65	19	63	13
1. Ohne Diagnose in den ersten 14 Tagen	11	2	12	3	12	1	12	3	4	3	15	3
2. Lebensschwäche (Herzschwäche) . .	1	—	1	—	3	1	1	—	2	2	2	—
3. Frühgeburt	1	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—
4. Angeborene Herzfehler	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5. Nabelkrankung . .	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—
6. Meläna	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7. Mißbildungen (außer 4)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—
8. Atrophie	11	3	9	1	10	3	13	6	15	3	12	1
9. Gastroenteritis . .	7	2	2	3	10	—	11	3	14	4	17	7
10. Krämpfe	7	—	10	2	14	2	6	—	10	—	2	—
11. Peritonitis	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
12. Icterus	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13. Ileus	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14. Lungenerkrankungen (außer Tuberkulose)	7	2	13	3	18	2	9	4	16	1	5	—
15. Lues	1	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	1
16. Tuberculosis pulm.	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
17. Skrofulose	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
18. Meningitis tubercul.	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19. Morbilli	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
20. Tussis convulsiva .	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21. Diphtherie	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
22. Scarlatina	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
23. Parotitis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
24. Meningitis non tubercul.	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	1	1
25. Pemphigus	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—
26. Furunkel, Phlegmone, Pyämie . .	1	—	—	—	2	—	—	—	1	—	1	—
27. Nephritis	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
28. Rachitis	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—
29. Unglücksfall	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
30. Unbekannt	9	1	2	—	—	—	2	—	1	—	2	—
Summe	66	10	58	12	74	9	56	18	65	19	63	13

Die Ausführungen von Pütter im 1. Heft der „Säuglingsfürsorge“ boten Anlaß nachzuforschen, ob eine absichtliche Verschleppung von Säuglingen aus Danzig in ländliche Orte, in welchen

Juli		August		September		Oktober		November		Dezember		Summe		% der Todesfälle	
e.	u.	e.	u.	e.	u.	e.	u.	e.	u.	e.	u.	e.	u.	e.	u.
72	9	90	14	69	12	77	16	80	23	78	21				
11	3	9	1	9	2	13	1	10	6	13	2	131	30	15,5	17
1	1	1	—	2	2	1	—	1	—	1	—	17	6	—	—
—	—	1	—	1	—	—	—	2	1	—	2	6	5	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—
—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	6	—	—	—
12	—	19	2	10	1	12	5	14	4	14	7	151	36	18	20,5
27	5	48	9	33	1	34	7	24	7	14	—	241	48	28,5	27,5
5	—	4	—	3	2	4	2	3	—	12	1	80	9	9,5	5,1
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—
6	—	—	1	3	—	3	1	17	4	12	2	109	20	12,8	11,4
1	—	—	—	—	2	—	—	1	—	2	—	6	5	—	—
1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	3	1	—	—
—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—
3	—	2	—	1	—	2	—	1	—	2	1	15	1	—	—
1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	1	5	1	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	3	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	—	8	2	—	—
—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	4	1	—	—
1	—	—	—	2	1	1	—	—	—	—	—	8	2	—	—
—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	5	1	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	—
2	—	2	—	—	—	3	—	5	1	2	3	30	5	—	—
72	9	90	14	69	12	77	16	80	23	78	21	848	176		

Polizeiverordnungen über das Haltekinderwesen nicht bestehen, stattfände. Alle Fälle von Fortzug von Säuglingen aus dem Stadtkreise Danzig werden dem Herrn Reg.- und Medizinalrat gemeldet. Der Herr Regierungspräsident hat jeden Fall prüfen und die Pflegestellen besichtigen lassen. Bis jetzt haben sich Übelstände oder gar absichtliche Verschleppung nicht ergeben.

Bei den Besichtigungen der Pflegestellen ergaben sich folgende Mißstände: 9 mal waren die Wohnungen naß. In zwei Fällen fanden sich offene Klosetts in der Küche! Unsauber waren die Wohnungen in 13 Fällen, zu überfüllt in 11 Fällen, zu dunkel in 4 Fällen. Überall wurde auf Abhilfe gedrungen oder das Pflegekind entfernt resp. in Kommunalpflege genommen. In 12 Fällen waren die Pflegefrauen ungeeignet, Säuglinge zu pflegen.

Die Todesursachen der 1907 gestorbenen Kinder sind in vorstehender Tabelle wiedergegeben. Aus dieser Tabelle geht hervor, daß die Sterbeziffer der unehelichen Kinder in diesem Jahre in den Monaten Mai (19), November (23) und Dezember (21) die höchste war, während die Sommermonate zurückblieben. Hoch erscheint die Zahl der Sterbefälle in den ersten 14 Tagen (eheliche 15,5 %, uneheliche 17 %). Die Sterblichkeit der unehelichen Kinder an Magendarmerkrankungen ist wieder, wie schon im vorigen Jahre, hinter der der ehelichen Kinder zurückgeblieben (eheliche 28,5 %, uneheliche 27,3 % der Todesfälle), der beste Beweis für die Wirksamkeit der Beaufsichtigung. Ebenso die Zahl der Erkrankungen der Atmungsorgane (eheliche 12,8 %, uneheliche 11,4 %). Etwas höher als bei den ehelichen Kindern ist bei den unehelichen die Sterblichkeit an Atrophie (18 % zu 20,5 %). Im ganzen scheint die höhere Prozentzahl der unehelichen Sterbefälle aber nur noch bedingt durch die größere relative Häufigkeit einiger Erkrankungen, welche gerade nicht gehäuft aufzutreten pflegen oder zum Teil den unehelichen Kindern eigentümlich sind, wie Lebensschwäche, (besonders der Frühgeburten) und Lues. Es sind das in der Tabelle 42 Fälle, während bei den Sterbefällen an solchen Krankheiten, welche die Säuglinge besonders gefährden, entweder kein erheblicher Unterschied zwischen den Prozentzahlen bei ehelichen und unehelichen Kindern besteht oder aber, wie oben erwähnt, eine günstigere Zahl bei den unehelichen Kindern zu notieren ist. Auch diese Tatsache dürfte dazu dienen, den Wert einer Ziehkinderorganisation hervortreten zu lassen.

Von Interesse ist vielleicht eine Zusammenstellung der Geburten und Todesfälle ehelicher und unehelicher Säuglinge seit dem Jahre 1895, welche von dem Gesichtspunkte der relativen Häufigkeit der Geburten und Todesfälle ausgeht. (In dieser Zusammenstellung lauten einige Zahlen anders als in der Veröffentlichung im Jahrbuch für Kinderheilkunde, N. F., LX., Heft 3. Sie sind hier nach einer mündlichen Auskunft wiedergegeben, während die jetzigen Zahlen der Statistik in den Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamtes entnommen sind. Die ersteren Zahlen waren z. Zt. irrtümlich, wenn auch die Differenz nicht groß ist.)

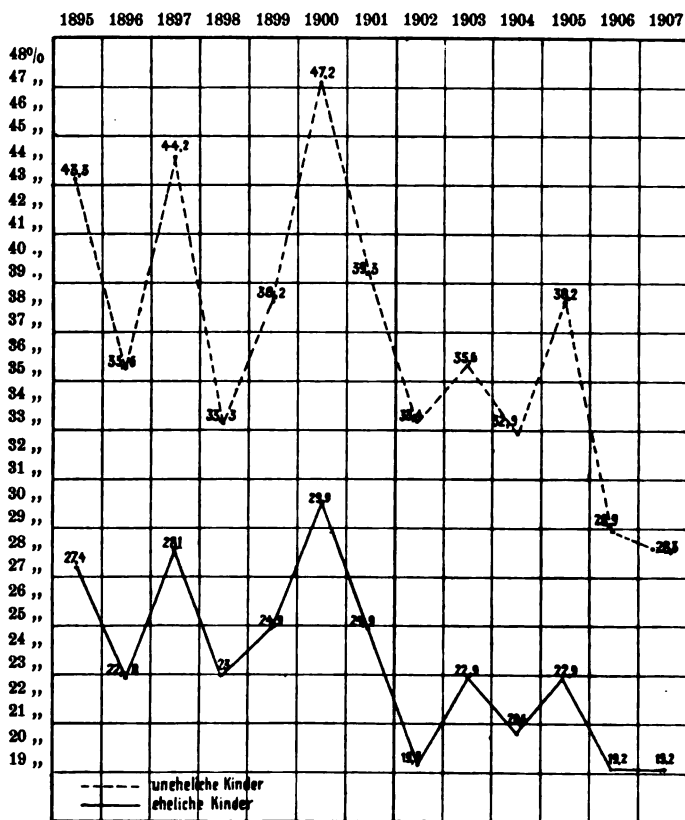
Geburten	ehelich	% aller Geburten	unehelich	% der Geburten
1895	3574	87,1	528	12,9
1896	3687	87,2	542	12,8
1897	3817	87,2	536	12,8
1898	3971	87,1	584	12,9
1899	4139	87,5	591	12,5
1900	4210	88,1	569	11,9
1901	4508	88,1	599	11,9
1902	4686	89	592	11
1903	4669	88,7	592	11,3
1904	4630	88,8	589	11,2
1905	4637	88,7	589	11,3
1906	4731	88	645	12
1907	4394	87,7	620	12,3
Sterbefälle				
1895	980	81,1	229	18,9
1896	842	81,3	193	19,7
1897	1072	81,2	249	18,8
1898	915	82,6	193	17,4
1899	1033	82	226	18
1900	1261	82,4	269	17,6
1901	1123	82,7	236	17,3
1902	905	82,1	198	17,9
1903	1071	83,6	211	16,4
1904	954	83,3	191	16,7
1905	1063	82,5	225	17,5
1906	908	83	187	17,0
1907	846	82,7	176	17,3

Das zu erstrebende Ziel wäre erreicht, wenn die relativen Prozentzahlen der Geburten und Todesfälle die gleichen wären, d. h. wenn z. B. bei 12 % Geburten unehelicher Kinder auch 12 % aller Todesfälle auf die unehelichen Kinder entfielen. Dieses Ziel liegt noch weit ab. Es ist bisher nur gelungen, die Differenz zwischen den Prozentzahlen der Geburten und Todesfälle herabzudrücken. Sie betrug: 1895 6 %, 1896 6,9 %, 1897 6 %, 1898 5 %,

12*

1899 5,5 %, 1900 5,7 %, 1901 5,4 %. Seit Einführung der Ziehkinderorganisation: 1902 6,9 %, 1903 5,1 %, 1904 5,5 %, 1905 6,2 %, 1906 5,0 %, 1907 5,0 %.

Im Anschluß hieran sei die Sterblichkeitskurve der ehelichen und unehelichen Kinder wiedergegeben, in der die Zahl der Geburten eines Jahres mit der Zahl der Todesfälle von Säuglingen in demselben Jahre verglichen und danach die Zahl der Todesfälle auf 100 Geburten berechnet ist.



Aus diesen Kurven lassen sich folgende Schlüsse ziehen :

1. In den Jahren mit Brechdurchfall-Epidemien wurden die unehelichen Kinder stärker in Mitleidenschaft gezogen, als die ehelichen. Während in den Jahren 1897, 1900 und 1905 die Zahl der ehelichen Sterbefälle um 5,3, 4,9, 2,3 % vom Vorjahre her anstieg, betrug die Zunahme bei den unehelichen 8,6, 9, 5,3 %.

2. Die Schwankungen in den Sterblichkeitszahlen sind bei den unehelichen Kindern erheblich größer als bei den ehelichen Kindern. Die größte Differenz betrug bei den ehelichen Kindern 10,7 % (19,2—29,9 %), bei den unehelichen Kindern 18,9 % (28,3—47,2 %).

3. In den Jahren, in denen Brechdurchfälle in geringer Zahl auftraten, ist die Sterblichkeit der ehelichen Kinder fast die gleiche geblieben, während die der unehelichen Kinder nach Einführung der Ziehkinderorganisation (seit 1902) dauernd herabging. In den Jahren 1902, 1904, 1906 und 1907 betrug die Sterblichkeit der ersteren: 19,3, 20,6, 19,2, 19,2 %, der letzteren 33,4, 32,0, 28,9, 28,3 %.

4. Die Differenz zwischen den Prozentzahlen der ehelichen und unehelichen Sterbefälle hat sich vermindert. Sie betrug: 1895: 15,9, 1896: 12,8, 1897: 16,1, 1898: 13,3, 1899: 13,3, 1900: 17,3, 1901: 14,4; seit Einführung der Ziehkinderorganisation: 1902: 14,1, 1903: 12,7, 1904: 12,3, 1905: 15,3, 1906: 9,7, 1907: 9,1 %. Während also sich die Sterblichkeit sowohl der ehelichen wie auch der unehelichen Kinder seit 1902 gebessert hat, erscheinen die letzteren im Verhältnis ganz außerordentlich im Vorteil, wenn man die Abnahme der Sterblichkeit in Betracht zieht.

Eine Besserung ist durch die Beaufsichtigung der Ziehkinder also ganz unzweifelhaft herbeigeführt worden. Mag auch der Zufall, d. h. Ursachen, die man nicht ohne weiteres überschauen kann, in einzelnen Jahren mitgespielt haben, so ist doch das Resultat von sechs Jahren mit einiger Zuverlässigkeit zu verwerten. Die weiteren direkten und indirekten Vorteile, welche die Ziehkinderorganisation nicht nur den unehelichen, sondern auch den ehelichen Kindern gebracht hat, sind bereits in den früheren Berichten eingehend dargelegt worden. (Medizin. Reform 1906 und 1907, 15/16.)

Statistik des Betriebes der Säuglingsfürsorgestellen und Milchküchen.

Von

Dr. H. Neumann, Berlin.

Selbst wenn man von dem Wert der Säuglingsfürsorgestellen und Einrichtungen zur Milchverteilung durchdrungen ist, bleibt die Notwendigkeit eines zahlenmäßigen Beweises. Ein solcher ist vorläufig nicht zu erbringen. Die erste Vorbedingung wäre hierfür eine genaue zahlenmäßige Berichterstattung über die einzelnen Fürsorgeeinrichtungen. Weiterhin wären zum Vergleich in richtiger Weise die Verhältnisse der Säuglingsbevölkerung am gleichen Ort heranzuziehen ¹⁾).

Es würde gewiß wünschenswert sein, wenn innerhalb Deutschlands die größten Daten über die Tätigkeit der genannten Einrichtungen nach gleichem Schema veröffentlicht würden und ich habe deshalb die Berliner Waisendeputation um die Erlaubnis gebeten, die Schemata, nach denen die sieben städtischen Säuglingsfürsorgestellen in Berlin zu berichten haben, zum Abdruck bringen zu dürfen. Es ist zu hoffen, daß auch die Säuglingsfürsorgestellen in Charlottenburg, Rixdorf und Weißensee sich anschließen. Tatsächlich enthalten die Schemata, wie es mir scheint, nur ein Mindestmaß an Auskünften; aber es dürfte doch schon viel gewonnen sein, wenn sie von allen Seiten einliefen und womöglich am gleichen Orte — es wäre hierzu diese Zeitschrift geeignet — veröffentlicht würden. Wenn die Berichte aus anderen Städten, im Gegensatz zu Berlin, das Kalenderjahr als Grundlage nehmen, so dürfte die Vergleichbarkeit hierdurch nur wenig beeinträchtigt werden.

¹⁾ Vgl. H. Neumann, Zeitschrift für soziale Medizin, 1908.

Tabelle I.

Jahr	Monat	Neuaufnahmen	Zahl der Konsultationen	Zahl der Hausbesuche der Schwestern	Bemerkungen
1.	2.	3.	4.	5.	6.
1907	April				Die Gesamtsumme der Spalte 3 der Tabelle I (ohne Bestand) muß sich decken mit den Gesamtsummen in Tabelle II und III. Die Gesamtsumme der Spalte 3 der Tabelle I (mit Bestand) muß sich decken mit der Gesamtsumme der Spalte 2 in Tabelle V.
	Mai				
	Juni				
	Juli				
	August				
	September				
	Oktober				
	November				
	Dezember				
	Januar				
	Februar				
	März				
1908	Sa.				
	Dazu Bestand am 1. April 1907				
	Zusammen				

Tabelle II.

Alter der Kinder bei der Neuaufnahme	Art der Ernährung (bei der Aufnahme ¹⁾)				Gesamtzahl	Bemerkungen
	Brust	Flasche	Zwimilch			
	2.	3.	4.			
1.	2.	3.	4.	5.	6.	
1 bis 8 Tage					Anmerkung: Der übernommene Bestand bleibt in Tabelle II außer Betracht.	
9 Tage bis 1 Monat						
bis Ende des 2. Monats . .						
" " 3. "						
" " 4. "						
" " 5. "						
" " 6. "						
" " 7. "						
" " 8. "						
" " 9. "						
" " 10. "						
" " 11. "						
" " 12. "						
Sa.						

¹⁾ Zu unterscheiden von der bei der Aufnahme ärztlich angeordneten Ernährung, Brustnahrung mit Schleim oder Brustnahrung mit Mittagessen wird unter Brustnahrung geführt.

Tabelle III.

Lfd. Nr.	Neuaufnahmen im Jahre 1907/1908	Art der Ernährung (bei der Aufnahme)			Summe
		Brust	Flasche	Zwielmilch	
1.	2.	3.	4.	5.	6.
1.	Zahl der ehelichen Kinder.				
2.	Zahl der unehelichen Kinder				
	a) bei der Mutter . . .				
	b) in Pflege				
	Sa.				

Anmerkung: Der übernommene Bestand bleibt in Tabelle III außer Betracht. Die gesamte Zahl der 3 Gruppen von Kindern (Brust, Flasche und Zwielmilch-Nahrung) muß sich decken mit den Summen in Tabelle II.

Tabelle IVa.

Rechnungsjahr	An Unterstützungen wurden gewährt:				Bemerkungen
	a) in Geld an stillende Mütter (Zahl der Mütter)	b) Milch und Nährmittel zu normalem Preis (Zahl der Mütter oder Pflegemütter)	c) Milch und Nährmittel zu ermäßigtem Preise oder umsonst (Zahl der Mütter oder Pflegemütter)	d) aus der Milchküche (Zahl der Kinder)	
				zu normalem Preis zu ermäßigtem Preis umsonst	
1.	2.	3.	4.	5.	6.
1907/1908, d. i. vom 1. April 1907 bis 31. März 1908					

Tabelle IVb.

Jahr	Monat	An Stillprämien wurden gezahlt im Werte von		Zahl der unterstützten Mütter:			Bemerkungen
		Mk.	Pf.	übernommen aus dem vorher- gehenden Monat	neu eingetreten	Summe der im Monat unter- stützten stillenden Mütter	
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1907	April						
	Mai						
	Juni						
	Juli						
	August						
	September . .						
	Oktober						
	November. . .						
	Dezember . . .						
	Januar						
	Februar						
	März						
1908	Im ganzen						

Tabelle IVc.

Jahr	Monat	Es wurden ausgegeben:							Bemerkungen.
		Kindermilch			Buttermilch		aus der Milchküche		
		1/2 Liter	3/4 Liter	1/1 Liter	Liter	Portionen *	Flaschen		
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	
1907	April . . .							* == Tages- verpflegung (nicht Zahl der Flaschen)	
	Mai . . .								
	Juni . . .								
	Juli . . .								
	August . . .								
	September .								
	Oktober . .								
	November .								
	Dezember . .								
	Januar . . .								
	Februar . .								
	März . . .								
1908	Sa.								

Tabelle V.

Dauer der Beobachtung der Kinder	Gesamtzahl (Bestand und Neu-aufnahmen) davon		Aus-geschieden, da 1 Jahr alt		Weggeblieben ohne Grund		Verzogen	
	unter-stützt	nicht unter-stützt	unter-stützt	nicht unter-stützt	unter-stützt	nicht unter-stützt	unter-stützt	nicht unter-stützt
1.	2.		3.		4.		5.	
1—8 Tage								
9 Tage bis 1 Monat								
bis Ende des 2. Mon.								
" " " 3. "								
" " " 4. "								
" " " 5. "								
" " " 6. "								
" " " 7. "								
" " " 8. "								
" " " 9. "								
" " " 10. "								
" " " 11. "								
" " " 12. "								
Sa.								

Anmerkung: Die Gesamtzahl in Spalte 2 muß sich decken mit der Summe

1) Die Abgewiesenen (Spalte 8) sind in Spalte 9 bei den Nichtunter-

Referate.

Doerfler, Dr. Hans, Weißenburg i. Bayern. Bericht über das erste Jahr der Tätigkeit der Säuglingsfürsorgestelle in Weißenburg i. B.

Die am 25. Juli 1906 zu Weißenburg i. B. ins Leben getretene Organisation der Säuglingsfürsorge mit ihren Zielen: das Selbststillen wieder in sein Recht einzusetzen, für einwandfreie Kindermilch Sorge zu tragen und eine ständige Kontrolle sämtlicher Säuglinge der Stadt von 6000 Einwohnern zu garantieren, hat sich glänzend bewährt. Es gelang bereits im ersten Jahre

1. die Mortalitätsziffer der im ersten Lebensjahre gestorbenen Kinder von einem zehnjährigen Durchschnitte von 27% auf 12% herabzusetzen;
2. im Berichtsjahre statt wie bisher nur 29% der Mütter, nunmehr 60% zum Stillen der Kinder in einem für das Gedeihen der Kinder in Betracht kommenden Zeitraum zu bringen;
3. in 52 Beratungstunden 589 Kinder insgesamt zur Kontrolle gebracht zu sehen;
4. binnen Jahresfrist 69861 Fläschchen Kindermilch aus der Milchküche abzugeben.

Das Selbststillen wurde propagiert durch

- a) Belehrung der Friscentbundenen über den Wert des Stillens durch die Säuglingsfürsorgeschwestern (Überreichung eines Merkblattes);
- b) durch Gewährung von Stillprämien, die bei zweimonatlichem Stillen 5 M., bei dreimonatlichem 10 M. und bei viermonatlichem Stillen 15 M. betrugen (insgesamt wurden für Stillprämien im Berichtsjahre 655 M. ausgegeben);
- c) durch Einrichtung von unentgeltlichen Säuglingsberatungsstunden im alternierenden Turnus, von sämtlichen Ärzten der Stadt allwöchentlich einmal abends von 6—7 Uhr abgehalten; nur solche Mütter erhielten die Stillprämie, die alle 14 Tage ihren Säugling zur Beratungsstunde gebracht hatten;
- d) durch Gewährung von kleinen Hebammenprämien à 50 Pf. für den erbrachten Nachweis des vierwöchentlichen Stillens seitens der Friscentbundenen; es wurden im Berichtsjahre ausgegeben 64 M. 50 Pf. für Hebammenprämien.

Eine Nachprüfung der prämierten Mütter auf ihren Vermögensstand ergab, daß diese Mütter fast ausschließlich ganz unbemittelt waren, und somit die Stillprämien eine berechnigte Unterstützung darstellen.

16% der Mütter erwiesen sich zum Stillgeschäft nicht geeignet.

Die von der Milchküche abgegebene, 10 Minuten im Soxhlet gekochte Kindermilch hat sich nach Zusammensetzung (siehe Nr. 1 der Münchn. Med. Wochenschrift, Jahrgang 1907) und Zubereitung voll bewährt.

Von Wichtigkeit ist die vom Berichterstatter in Gemeinschaft mit Ökonomierat König-Ellingen experimentell erwiesene Tatsache, daß die Art der Kuhfütterung auf Zusammensetzung und Bekömmlichkeit der Milch keinerlei Einfluß hat. Einen Monat lang erhielten elf Säuglinge Milch von Kühen, die mit frischen Biertrebern und frischer Schlempe gefüttert waren; kein einziges dieser Kinder hat jemals eine Verdauungsstörung oder sonstige ungünstige Beeinflussung des Befindens gezeigt. Dabei erwies sich die Trebermilch nach Untersuchung von Prof. Soxhlet „als eine Milch, die eine über das Mittel für gute Milch gehende Trockensubstanz und Fettgehalt aufweist; die Schlempenmilch ist noch wesentlich gehaltreicher“. Um ferner zu beweisen, daß weder Futterwechsel noch Grünfutter, selbst wenn dasselbe regennäß eingebracht wurde, die Bekömmlichkeit der Kuhmilch für Säuglinge herabzusetzen vermag, lieferte Ökonomierat König-Ellingen ein halbes Jahr hindurch Mischmilch von Kühen, die in dieser Zeit alle möglichen Arten von Futterwechsel — Grünfutter, trocknes Futter, nasses Futter, altes Futter, frischen Klee — durchgemacht hatten. Niemals konnte der geringste ungünstige Einfluß auf das Befinden der mit Königs Milch ernährten Säuglinge konstatiert werden.

Hieraus geht hervor, daß die Milch einwandfrei für Säuglingsernährung ist, wenn bei Gestattung jedes unverdorbenen bekömmlichen Futtermittels, reinlicher Kuhhaltung und reinlichem Melken die Milch von dem Produzenten sofort stark abgekühlt, so der Milchküche zugeführt und hier 10 Minuten im Soxhlet gekocht und in trinkfertigen Portionen abgegeben wird.

Sehr segensreich erwies sich das Institut der aufgestellten Aufsichtsdamen, die freiwillig nach vorheriger Instruktion alle 14 Tage sämtliche Säuglinge der Stadt kontrollierten, sich von deren Gedeihen überzeugten, bei aufgedeckten Schäden die einfachsten notwendigen Ratschläge erteilten und bei sichtlicher Erkrankung des Säuglings die Mütter an die Beratungsstunde oder an den betreffenden Arzt verwiesen. Die von den Aufsichtsdamen geführten Kontrollbogen geben im Zusammenhalt mit den Aufzeichnungen des Standesamtes und Mitteilungen der Ärzte gutes, brauchbares Material für eine Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik der Säuglinge.

Dem Berichte ist für alle Interessenten eine Zusammenstellung des Vereinsberichts über Einnahmen und Ausgaben im Jahre 1906 angedruckt.

Der Bericht zeigt, daß und wie mit verhältnismäßig einfachen Mitteln in einer Stadt von 6000 Einwohnern eine nahezu vollkommene Säuglingsfürsorge durchgeführt werden kann. (Autoreferat.)

Henrotin, Unzulänglichkeit der Gouttes de lait im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit. Journ. de Bruxelles, Nr. 44.

Dem Verfasser genügt die rein poliklinische Belehrung der Mutter und die Ausgabe einwandfreier Milch, er zieht die Einrichtungen in Gent vor, wo die Säuglinge in kleinen Krippen von 3—4 Betten von jungen Damen, die sich der Säuglingsfürsorge widmen, gepflegt werden und unter ärztlicher Aufsicht stehen.

(Und wo bleibt die natürliche Ernährung und die Erziehung der Mutter? Ref.) Salge.

Keller, Arthur. *Germania docet.* Monatsschr. f. Kinderheilk. 1907, Bd. VI, Nr. 9, S. 441.

Eine Erwiderung Kellers auf einen in der Clinique infantile vom 1. Nov. 1907 unter obigem Titel erschienenen Artikel G. Variots, in welchem dieser in gehässiger Weise gegen den von den Deutschen inaugurierten Beschluß des II. internationalen Kongresses der Gouttes de lait in Brüssel polemisiert, dem nächsten, 1910 in Berlin abzuhaltenden Kongreß die Bezeichnung: Internationaler Kongreß für Säuglingsfürsorge zu geben. Keller legt energisch Verwahrung ein gegen die Unterstellung Variots, die Deutschen beabsichtigten durch diese Namensgebung die unbestrittenen Verdienste der Franzosen auf diesem Gebiete zu schmälern und auf ihr Konto zu schreiben. Er betont ausdrücklich, daß die Bestrebungen der Gouttes de lait nur eine der Aufgaben der Säuglingsfürsorge darstellen und meint mit Recht, daß die Arbeiten internationaler Kongresse für Säuglingsernährung bei der zurzeit herrschenden Divergenz der Anschauungen über Ernährung zwischen den verschiedenen Schulen und Ländern gänzlich unfruchtbar sein würden. Böhme.

Montag, den 6. und Dienstag, den 7. Juli 1908, findet in Straßburg i. Els. die **III. Tagung Deutscher Berufsvormünder** statt. Die Tagung geht dem Deutschen Fürsorge-Erziehungstage unmittelbar voran.

Aus der Tagesordnung:

Montag: Vorversammlung im Grand Hotel „Rotes Haus“ (Kleberplatz).

1. Vortrag von Dr. O. Spann-Brünn: „Die Bedeutung des Pflegewechsels für das Wohl der Pflegekinder.“

Dienstag: Hauptversammlung in der „Aubette“ (Kleberplatz).

1. „Die Organisation und Wirksamkeit der Jugendgerichte.“ (Referent Amtsrichter Dr. Rothschild-Frankfurt a. M.)
 2. „Die Mitwirkung freiwilliger Fürsorgeorgane und der Berufsvormünder (bzw. der Berufspfleger) bei den Jugendgerichten.“ (Referent Amtsrichter J. F. Landsberg-Lennep.)
 3. „Die Rechtsverfolgung von Unterhaltsansprüchen in Deutschland geborener unehelicher Kinder im Auslande“:
 - a) in Österreich. (Referent Dr. jur. Otto Ziegler-Wien.)
 - b) in Frankreich. (Referent Dr. Knittel-Straßburg.)
 4. „Die Organisation einer städtischen Sammelvormundschaft.“ (Referent Coßmann-Straßburg.)
 5. „Bericht der auf Grund des Eisenacher Beschlusses eingesetzten statistischen Kommission.“ (Referent Dir. Dr. Petersen-Hamburg.)
 6. Wahlen und Bestimmung des nächsten Tagungsortes.
-

Zeitschrift für Säuglingsfürsorge

Band 2

1908

Nr. 7

Bericht für das Jahr 1907 über die Beratungsanstalt der Säuglingsfürsorge des Badischen Frauenvereins in Karlsruhe¹⁾.

Von

Dr. Schiller und Dr. Behrens in Karlsruhe.

Im Berichtsjahr 1907 wurde unsere Beratungsanstalt von 598 Säuglingen frequentiert, von denen 164 aus dem Vorjahr übernommen waren, während 434 neu zuginen. Von diesen 598 Säuglingen waren 295 männlichen, 303 weiblichen Geschlechts. 566 waren ehelicher Abkunft, 32 unehelicher.

Es wurden im ganzen 3959 Konsultationen in viermal wöchentlich stattfindenden Sprechstunden erteilt. Über die Verteilung der Zugänge und Konsultationen auf die einzelnen Monate gibt folgende Tabelle Auskunft.

Tabelle I.

Monat	Zugänge	Konsultat.	Monat	Zugänge	Konsultat.
Januar . . .	177	289	Juli . . .	55	430
Februar . .	34	230	August . .	51	463
März . . .	30	217	September .	45	482
April . . .	40	312	Oktober . .	21	394
Mai	45	325	November .	23	237
Juni	57	388	Dezember .	20	192

Danach kamen auf jedes Kind durchschnittlich 6,62 Konsultationen.

¹⁾ Der erste Bericht für das Jahr 1906 erschien in dieser Zeitschrift, Bd. 1, S. 175. Ein weiterer Bericht pro 1907 über die Tätigkeit der Abteilung VI für Säuglingsfürsorge des Badischen Frauenvereins wird demnächst von Herrn Obermedizinalrat Dr. Hauser in den „Blättern des Badischen Frauenvereins“ erscheinen.

Die Zahl der von uns im Jahre 1907 unterstützten stillenden Mütter betrug 278 gegen 167 im Vorjahre. Die Kosten dafür betrugen 5924,40 M. gegen 3335,56 M. in den letzten 8 Monaten 1906. Dagegen wurde trotz der

Zeitschrift für Säuglingsfürsorge. II.

Gegen das erste Jahr des Bestehens unserer Anstalt, wo in $7\frac{1}{2}$ Monaten bei 459 Aufnahmen 2814 Konsultationen stattgefunden hatten, war also keine wesentliche Frequenzsteigerung zu konstatieren. Die Gründe dafür liegen zu einem Teile in den Lokalverhältnissen unserer Beratungsstelle. Am 1. April mußte diese aus den bisherigen zweckentsprechenden und in zentraler Lage am Markte günstig gelegenen, von überallher mit der Straßenbahn leicht erreichbaren Räumlichkeiten verlegt werden und kam, da es sich nur um ein kurzes Provisorium handeln sollte, in eine bei weitem ungünstiger gelegene, schwer erreichbare, und räumlich unzulängliche Wohnung im Hofgebäude eines Mietshauses. Un-erwarteterweise dehnte sich das Provisorium auf ein volles Jahr aus, bis zur Fertigstellung unserer neuen, schönen und zweckentsprechenden Räume im Gartenbau des alten städtischen Krankenhauses. Zweifellos hat das ungünstige Lokal, in dem wir $\frac{3}{4}$ des Berichtsjahres zubringen mußten, einen erheblichen Einfluß auf die Frequenz ausgeübt. Ein weiterer wesentlicher Grund lag in der veränderten Art der Milchabgabe an unsere Säuglinge, die in den letzten Monaten des Berichtsjahres notwendig wurde. Während bis dahin die Milch den Konsumenten ins Haus geliefert wurde, mußte nach Auflösung des Vertrags mit dem bisherigen Lieferanten die Milch, um die ohnehin eintretende Preissteigerung in für uns erträglichen Grenzen zu halten, bei einigen in verschiedenen Bezirken der Stadt gelegenen, mit der Lieferung betrauten Milchanstalten abgeholt werden. Diese Unbequemlichkeit erschien vielen Frauen so groß, der Vorteil dagegen, daß sie für das gleiche Geld statt allerdings ins Haus gebrachter unkontrollierbarer Marktmilch eine einwandfreie Säuglingsmilch erhielten, so wenig einleuchtend, daß auch dies einen deutlichen Rückgang in der Inanspruchnahme unserer Fürsorgestelle bewirkte. Mit der zum 1. April erfolgten Verlegung unserer Beratungsanstalt in leicht

größeren Zahl Flaschenkinder der Verbrauch an Säuglingsmilch von 59941 Liter im Jahre 1906 auf 26989 Liter in 1907 eingeschränkt (die Zuschußkosten verringerten sich von 9627,93 M. pro 1906 auf 4054,89 M. pro 1907). Dies ist im wesentlichen den Bemühungen der Fürsorgestelle, der vorher betätigten Neigung zu starker Überfütterung entgegenzutreten, zuzuschreiben. Es beweist dies die n. E. für die Säuglingsfürsorge ausschlaggebende Bedeutung der ärztlichen Beratungsanstalt nicht nur in medizinischer, sondern auch in finanzieller Hinsicht.

erreichbare, zentral gelegene und hygienisch einwandfreie Räume und mit der Abgabe trinkfertiger Einzelportionen durch unsere Milchküche, die am 1. Mai 1908 ihre Tätigkeit beginnen soll, wird aller Voraussicht nach auch die Frequenz unserer Beratungsstelle wieder lebhafter werden.

Von den 598 Kindern wurden nur ein einziges Mal in die Beratungsstelle gebracht 62. Über die Beobachtungsdauer bei den übrigen 536 Säuglingen gibt Aufschluß

Tabelle II.

Bis $\frac{1}{2}$ Monat	32
„ 1 „	42
„ 2 „	44
„ 3 „	62
„ 4 „	70
„ 5 „	80
„ 6 „	57
„ 7 „	37
„ 8 „	23
„ 9 „	23
„ 10 „	17
„ 11 „	10
„ 12 „	15
„ 15 „	17
über 18 „	7
	<hr/> 536

Am Jahresschluß befanden sich noch in Kontrolle 109 Kinder, entlassen wurden 104, davon 83 ganz gesund, 19 in Rekonvaleszenz von Störungen, 2 waren nicht gesund und traten in privatärztliche Behandlung über, vor Vollendung des 1. Lebensjahres blieben aus der Beobachtung weg 346, mit Tod gingen ab 39 Kinder.

Das Alter und die Ernährungsweise der Kinder bei der Aufnahme, beides sehr wesentliche Faktoren für die Beurteilung unserer Ergebnisse, zeigt umstehende Tabelle III.

Aus den Zahlen der Tabelle III ergibt sich zunächst, was wir mit besonderer Befriedigung konstatieren konnten, daß die Kinder uns im Berichtsjahr in der Mehrzahl in früherem Lebensalter zugeführt wurden als im Vorjahre. Denn während im Jahre 1906 von 459 Kindern nur 112 oder rund 25 % aus innerhalb der vier ersten Lebenswochen zugeführt wurden, betrug ihre Zahl im

Tabelle III.

Alter	Brust	Allait. mixte	Flasche	Summa
bis $\frac{1}{2}$ Mon.	62	4	17	83
" 1 "	151	11	42	204
" 2 "	68	14	46	128
" 3 "	19	6	32	57
" 4 "	7	4	27	38
" 5 "	11	3	21	35
" 6 "	3	1	12	16
" 7 "	1	2	8	11
" 8 "	—	1	15	16
" 9 "	—	—	2	2
" 10 "	—	1	3	4
" 11 "	—	—	3	3
" 12 "	—	—	—	—
" 15 "	—	—	1	1
Summa	322	47	229	598

Jahre 1907 287 von 598, also rund 50 %. Diese günstigeren Verhältnisse zeigen sich in ihrer ärztlichen Bedeutung besonders in der Tabelle IV über die bei der Aufnahme bestehenden Erkrankungen.

Danach betrug die Zahl der als gesund in die Fürsorge gekommenen Kinder in 1907: 261 von 598 oder 43 %, während es in 1906 nur 147 von 459 oder 32 % gewesen waren. Allerdings sind wir in der Umgrenzung des Begriffes „gesund“ sehr streng. Freilich darf beim Vergleich der Zahlen nicht außer acht gelassen werden, daß im Jahre 1906 unsere Beobachtung erst mit dem Beginn der heißen Jahreszeit (Ende Mai) einsetzte, während 1907 auch die für das Säuglingsalter günstigeren Winter- und Frühjahrsmonate in Betracht kommen. Immerhin litten bei der Aufnahme auch 1907 noch 143 Kinder an manifesten Magendarmerkrankungen, wovon allein ein Drittel Brustkinder betraf. Dagegen waren schwerere Ernährungsstörungen selten. Die Abgrenzung der Ernährungsstörungen haben wir aus rein praktisch-statistischen Gründen in der Art vorgenommen, daß wir als ersten Grad einfache Dyspepsien, als zweiten Grad leichte Magendarmerkrankungen mit relativ rascher Reparation, als dritten Grad schwere akute Intoxikationen oder schwere chronische Atrophien auf alimentärer Basis bezeichnen.

Tabelle IV.

Bei der Aufnahme waren		krank an:													
	gesund	Inter- trigo	Ernährungsstörungen			Respir.- kran-	Rachitis		Infektions- krank-	Spasmo- philie	Hyper- tonie	Exsudativ- Diathese	Dermati- tis	Pemphig.	Son- stiges
			I. Grad	II. Grad	III. Grad		leicht	schwer							
Brustkinder . . .	180	65	50	—	—	—	3	—	—	—	—	37	—	3	20 ¹⁾
Zwielmilkinder . .	20	13	13	1	1	3	1	1	—	—	—	7	—	—	3
Flaschenkinder . .	61	54	33	15	30 ¹⁾	5	17	17	3	2	1	35	2	1	11 ²⁾
Summa	261	132	96	16	31	8	21	18	3	2	1	79	2	4	34

¹⁾ 1 mal Scyris enterogen. ²⁾ 1 mal Lues cong., 1 mal doppelseitige Hasenscharte, 1 mal Ophthalmoblennorrhoe, 2 mal Otitis media perfor. ³⁾ 1 mal Pylorospasmus, 1 mal Vitium cord. cong.

¹⁾ 1 mal Scyris enterogen. ²⁾ 1 mal Lues cong., 1 mal doppelseitige Hsenscharte, 1 mal Ophthalmoblennorrhoe, 2 mal Otitis media perfor. ³⁾ 1 mal Pylorospasmus, 1 mal Vitium cord. cong.

Tabelle V.

Während der Beobachtung in 1907			erkrankten an:												
	blieben gesund	Inter- trigo	Ernährungsstörungen			Respir. Erkran- kungen	Rachitis		Infektions- krank- heiten	Spasmo- philie	Hyper- tonie	Exsudativ- Diathese	Tuber- kulose	Lues	Son- stiges
			I. Grad	II. Grad	III. Grad		leicht	schwer							
Brustkinder . . .	104	17	24	2	4 ¹⁾	49	9	3	5	1	—	58	—	—	11
Zwielmilkinder .	9	5	15	4	1	7	7	4	—	6	2	7	1	—	5 ²⁾
Flaschenkinder . .	47	9	34	29	23	58	37	41	26	14	6	32	1	1	16 ³⁾
Summa	160	31	73	35	28	114	53	48	31	21	8	97	2	1	32

¹⁾ Ammenkinder. ²⁾ 1 mal Nephritis acuta. ³⁾ 1 mal Furunkulose, 1 mal Pylorospasmus, 1 mal Little.

Auf die Wichtigkeit, die Kinder so frühzeitig als möglich in unsere Obhut zu bekommen, um dem Entstehen von Ernährungsstörungen vorzubeugen, von denen ja sicher ein sehr großer Teil aus den ersten Lebenswochen datiert, brauchen wir hier nicht weiter hinzuweisen. Unsere Anstrengungen nach dieser Richtung waren bisher schon, wie oben bemerkt, von einigem Erfolg begleitet. Neuerdings haben wir unter weiterem Ausbau unseres Schutzdamensystems die Einrichtung getroffen, daß Jedem, der auf dem Standesamt die Geburt eines Kindes anmeldet, ein auf unsere Fürsorgeeinrichtungen für Bedürftige hinweisendes, mit einer anhängenden Postkarte zur Anmeldung bei unserer Fürsorgestelle versehenes Merkblatt eingehändigt wird. Auf diese Anmeldung hin wird dann die Schutzdame des betreffenden Bezirks zu der Wöchnerin hingesandt, um sofort Fühlung mit der Mutter zu nehmen, und die Brusternährung womöglich persönlich an Ort und Stelle zu propagieren. Auf diese Weise hoffen wir in Zukunft einen noch viel größeren Teil unserer Fürsorgekinder schon in den ersten Lebenstagen unter unsern Schutz nehmen zu können.

Am regelmäßigsten wurden uns auch in diesem Jahre die Brustkinder zur Kontrolle vorgeführt, weil der 14tägige ärztliche Vermerk zum Fortbezug der Unterstützung für stillende Mütter notwendig war. Mit dem Aufhören der Unterstützung nach sechs Monaten blieb die übergroße Mehrzahl der Mütter (siehe Tabelle II und VI) trotz vielfacher Ermahnung weg. Daraus geht leider mit Sicherheit hervor, daß für die überwiegende Mehrzahl unserer stillenden Mütter nur die Stillunterstützung das treibende Motiv für die Vorführung des Kindes in der Beratungsanstalt bildet, keineswegs etwa die Einsicht von der Zweckmäßigkeit ständiger ärztlicher Überwachung. Diese ja auch in andern Städten, z. B. in München, schon gemachte Erfahrung wird für eine eventuelle zweckentsprechendere Ausgestaltung des Unterstützungswesens von nicht zu unterschätzender Bedeutung sein. (Tabelle V Seite 5.)

Während der Beobachtung im Jahre 1907 sind also eine nicht unbeträchtliche Anzahl Kinder mehr weniger schwer erkrankt, wobei allerdings betont werden muß, daß es sich bei einem Teil der Erkrankten um Rückfälle von Krankheitszuständen handelte, die schon im Jahre 1906 zu unserer Beobachtung gekommen waren. Bemerkenswert scheint uns an dieser Tabelle und maßgebend für die Bewertung unserer Ergebnisse, daß die einer Pro-

phylaxe zugängigen Ernährungsstörungen 1907 nur in 136 Fällen zur Beobachtung kamen (= 23 %) während wir sie 1906 noch bei 38 % erlebten. Wer die Schwierigkeiten, die Verständnislosigkeit vieler Mütter für ärztlichen Rat, den schlechten Willen und die Indolenz kennt, mit denen eine Säuglingsfürsorgestelle zu rechnen hat, wird gleich uns einen wesentlichen Fortschritt darin zu erblicken geneigt sein. Mit der Eröffnung unsrer Milchküche im Jahre 1908 hoffen wir auch in dieser Hinsicht eine weitere Besserung herbeiführen zu können, wenn wir uns auch darüber klar sind, daß Ungunst der häuslichen Verhältnisse und mangelnde Zuverlässigkeit der Pflegerinnen unserer Säuglinge manche berechnigte Erwartung enttäuschen wird.

Ganz besonders möchten wir darauf hinweisen, daß wir in 13 Fällen aufs schwerste gefährdete, an Magendarmstörungen schwerster Art leidende Kinder, die bisher künstlich genährt waren, durch Mitstillen oder Ernährung mit abgespritzter Milch seitens einiger unserer Säuglingsmütter vor dem Untergang bewahren konnten. In zwei weiteren Fällen blieb der Erfolg leider aus. Die Dauer dieser Ammenernährung betrug bei den 13 erfolgreich Mitgestillten

$\frac{1}{2}$ Monat bei 3 Kindern

1 " " 2 "

2 " " 3 "

4 " " 1 "

5 " " 1 "

unbestimmt „ 3 "

Wir werden versuchen, im nächsten Jahre diesen Modus noch weiter auszubauen.

Etwas ungünstiger als im Vorjahre präsentiert sich dagegen die Ziffer der Respirationserkrankungen (19 % gegen 17 %). Dies hängt mit der Influenzaepidemie zusammen, die im Anfange des Jahres 1907 in Karlsruhe herrschte.

Was die Zahlen für die Rachitis anlangt, so ist zu erwähnen, daß sie mit denen des Vorjahres nicht ohne weiteres vergleichbar sind, da wir im vorigen Bericht nur ausgesprochene schwerere Fälle aufgeführt haben, während wir in diesem Jahre eine Trennung in leichte, nur einzelne Symptome, wie Kraniotabes oder Rosenkranz aufweisende Fälle und in schwere mit einer Vielheit ausgesprochener Symptome vorgenommen haben. Die Zahl dieser

letzteren zeigt keine wesentliche Vermehrung gegen das Vorjahr. Auch in diesem Jahre konnten wir wieder den bedeutenden Einfluß der familiären Disposition bei der Rachitis konstatieren.

Über die Ernährung am Ende der Beobachtung im Jahre 1907 gibt Auskunft die

Tabelle VI.

Alter	Mutterbrust	Ammenbrust	Allait. mixte	Flasche
0— $\frac{1}{2}$ Mon.	5	—	—	—
$\frac{1}{2}$ —1 „	10	1	2	5
1—2 „	28	—	6	16
2—3 „	16	1	4	15
3—4 „	20	1	7	21
4—5 „	32	—	12	39
5—6 „	51	1	16	31
6—7 „	30	1	7	28
7—8 „	7	—	5	19
8—9 „	3	—	6	18
9—10 „	2	—	2	15
10—11 „	1	—	—	18
11—12 „	1	—	2	34
12—15 „	—	—	—	41
über 15 „	—	—	—	18
Summa	206	5	69	318

Auch diese Zahlen lassen den schon oben beklagten Mißstand, daß mit dem Aufhören der Stillunterstützung am Ende des ersten Lebenshalbjahres ein großer Teil der Brustkinder unserer Überwachung entzogen wurde, recht scharf hervortreten. Vergleicht man beispielsweise die Zahlen dieser Tabelle mit denen der Tabelle IX über die Dauer der Brustfunktion bei unsern Fürsorgekindern, so ergibt sich, daß von 48 Brust- und Zwiemilchkindern im fünften Monat 44, von 79 im sechsten Monat 67 und von 43 im siebenten Monat 37 der weiteren Beobachtung entzogen wurden mit dem Aufhören der Stillunterstützung.

In den beiden folgenden Tabellen VII und VIII haben wir, wie in unserm vorjährigen Jahresbericht, die Gewichtsverhältnisse beim Beginn und am Ende der Beobachtung zusammengestellt und dabei die den Camererschen Durchschnittszahlen entsprechenden Zahlen durch eine Fettdrucklinie hervorgehoben, so daß man sich

Tabelle VII.

Bei der Aufnahme hatten ein Gewicht von

Alter bis Monate	2 kg	2,5 kg	3 kg	3,5 kg	4 kg	4,5 kg	5 kg	5,5 kg	6 kg	6,5 kg	7 kg	7,5 kg	8 kg	8,5 kg	9 kg	9,5 kg	10 kg	10,5 kg	Sa.
1/2	2	4	14	37	19	6	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	83
1	1	12	27	54	63	44	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	204
2	3	2	12	23	27	29	22	7	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	138
3	—	1	1	6	10	17	1	6	7	6	1	1	—	—	—	—	—	—	57
4	—	—	—	2	2	5	7	13	4	1	3	—	1	—	—	—	—	—	38
5	—	—	—	—	1	2	5	6	6	5	6	2	2	—	—	—	—	—	35
6	—	—	1	—	4	—	1	3	2	3	2	—	—	1	—	—	—	—	16
7	—	—	—	1	—	1	1	1	1	1	—	2	2	1	—	—	—	—	11
8	—	—	—	—	1	—	—	3	2	6	1	3	—	—	—	—	—	—	16
9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	2
10	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	8	—	—	—	—	—	—	—	4
11	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	3
12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0
15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1

Sa. 598

Tabelle VIII.

Am Ende der Beobachtung im Jahre 1907 hatten ein Gewicht von:

Alter bis Monate	2,5 kg	3 kg	3,5 kg	4 kg	4,5 kg	5 kg	5,5 kg	6 kg	6,5 kg	7 kg	7,5 kg	8 kg	8,5 kg	9 kg	9,5 kg	10 kg	10,5 kg	11 kg	11,5 kg	12 kg	12,5 kg	13 kg	13,5 kg	Sa.
1/2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
1	2	1	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7
2	—	4	3	10	11	2	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	33
3	1	5	7	3	7	6	8	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	38
4	—	—	3	1	5	7	10	6	7	5	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	46
5	—	—	1	3	5	13	20	13	7	6	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	71
6	—	2	1	3	2	6	7	12	13	16	14	4	6	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	88
7	—	—	—	1	1	5	2	10	8	14	11	6	3	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	64
8	—	—	—	—	—	—	2	2	2	6	6	6	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	28
9	—	—	—	—	—	—	1	1	1	3	4	8	4	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	26
10	—	—	—	—	—	—	1	4	2	3	4	2	1	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	21
11	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—	1	3	6	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—	19
12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	5	9	2	2	8	3	1	—	—	—	—	—	1	34
18	—	—	—	—	—	—	1	1	3	1	4	7	7	14	6	5	3	1	3	—	1	1	—	58
Ab. 18 Mon.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2

536

Nur einmal dagewesen: 62

Sa. 598

leicht orientieren kann, wie viele Kinder jeder Altersstufe unter dem Durchschnitt blieben oder ihn überschritten.

An sich hat natürlich die Darstellung der Gewichtsverhältnisse in Tabellenform wenig Wert, weil alle sonst zur Beurteilung der Ernährungserfolge notwendigen Unterlagen in dieser Tabelle nicht zum Ausdruck kommen können. Im Zusammenhalte aber mit der statistischen Darstellung der Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnisse unter unsern Schutzbefohlenen bieten diese Zahlen doch immerhin einige Anhaltspunkte dar, und deshalb glaubten wir auch dieses Mal nicht von ihnen absehen zu dürfen.

Eine eingehendere Besprechung möchten wir dagegen diesmal den bei der **Brusternährung** obwaltenden Verhältnissen widmen, über die wir im Laufe des Berichtsjahres eingehendere Erhebungen gemacht haben, und die, wie wir glauben, für die Praxis der Säuglingsfürsorge von einigem Interesse sind.

Was zunächst die von uns bis zum Ende des Jahres 1907 bei unsern Fürsorgekindern beobachtete Stilldauer anbelangt, so betrug sie (reine Brusternährung und Allaitement mixte)

Tabelle IX.

bis $\frac{1}{2}$ Monat bei 52 Kindern				
"	1	"	"	37
"	2	"	"	62
"	3	"	"	58
"	4	"	"	46
"	5	"	"	48
"	6	"	"	79
"	7	"	"	43
"	8	"	"	16
"	9	"	"	9
"	10	"	"	11
"	11	"	"	3
"	12	"	"	4

Im ganzen hatten also von unsern 598 Fürsorgekindern 470 die Brust gereicht bekommen, während es bei 128 unterlassen worden war. 165 Kinder hatten über 5 Monate an der Brust getrunken, also rund ein Drittel aller gestillten Kinder hatten eine zeitlich einigermaßen ausreichende Brusternährung gehabt. Von den ins Jahr 1908 übernommenen Kindern waren mehr als 55 Brust-

kinder, so daß etwa 200 oder 33 % aller unserer Fürsorgekinder über 5 Monate gestillt worden sind. Dies entspricht den im Vorjahre erhobenen Zahlen. Natürlich gibt das keinen Einblick in die Stillverhältnisse in Karlsruhe überhaupt.

Einen etwas besseren dagegen, der freilich auch noch von mancherlei Fehlerquellen abhängig ist, geben die in der Tabelle X niedergelegten Zahlen. In dieser Tabelle haben wir nach den anamnestischen Angaben der Mütter einen Überblick über die Ernährung der Geschwister unserer Fürsorgekinder zu geben gesucht.

Tabelle X.

Gesamtzahl der Geschwister	Von der Gesamtzahl der Geschwister wurden gestillt:														unbe- kannt
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
0	96	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	33	49	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20
2	17	11	54	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12
3	8	10	9	33	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
4	4	7	4	5	28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6
5	—	1	4	4	5	27	—	—	—	—	—	—	—	—	11
6	4	—	1	—	1	2	16	—	—	—	—	—	—	—	6
7	—	—	—	2	—	—	1	10	—	—	—	—	—	—	7
8	3	—	—	1	—	—	2	2	10	—	—	—	—	—	3
9	2	—	1	1	—	—	—	—	2	6	—	—	—	—	2
10	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	5	—	—	—	3
11	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	1
12	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1
17	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Die linke Spaltenkolumne enthält die Gesamtzahlen der Geschwister, die Zahlen über den senkrechten Reihen die von dieser Gesamtzahl jeweils gestillten Kinder, die Tabellenzahlen bedeuten die Zahl der Mütter.

Die Tabelle gibt Auskunft über 570 Familien (über den Rest fehlen zum Teil die betreffenden Notizen, zum Teil erklärt es sich daraus, daß es Mütter von Zwillingen waren, deren wir etwa 10 Paare in der Fürsorge hatten, und die in dieser Tabelle natürlich nur einmal verzeichnet sind). Unter diesen 570 Familienmüttern hatten 96 nur das eine zur Fürsorgestelle gebrachte Kind, die übrigen 474 Mütter hatten zusammen außer den unter unserer

Kontrolle stehenden Kindern noch 1818. Von diesen waren gestillt worden 1109, nicht gestillt 377, unbekannt war es bei 332.

Die Stilldauer bei diesen 1109 gestillten Geschwistern betrug

bis $\frac{1}{2}$ Monat	bei	61
" 1	"	88
" 2	"	118
" 3	"	101
" 4	"	66
" 5	"	46
" 6	"	133
" 7	"	41
" 8	"	31
" 9	"	68
" 10	"	16
" 11	"	27
" 12	"	137
über 12	"	70 (1 mal 2 Jahr, 1 mal 3 Jahr)
unbekannt	"	106
		<hr/>
		1109

Die Richtigkeit dieser Angaben vorausgesetzt, hätten von 1109 Kindern 548, also fast die Hälfte, länger als 5 Monate an der Brust getrunken. Die Unsicherheit der anamnestischen Daten wird u. E. dabei wenigstens etwas durch den Umstand ausgeglichen, daß sie sowohl von stillenden wie von nichtstillenden Müttern stammen. Diese Zahlen würden das Selbststillen in den unserer Fürsorge sich unterstellenden Bevölkerungskreisen in einem bei weitem größeren Umfange in Übung zeigen, als es a priori zu erwarten war. Leider beweisen sie auch, daß bei einer großen Zahl der Mütter trotz des vorhandenen redlichen Willens das Stillgeschäft an der mangelhaften Technik scheiterte.

Bei den nichtstillenden Müttern sind wir auch den Gründen dieser Unterlassung nachgegangen und haben folgende notiert:

Milchmangel	77
Mastitis	7
Schwäche	8
Blutarmut	2
Kindbettfieber	5
Fieber andrer Ursache	1

Kleinheit der Brustdrüse	3
Tuberkulose (direkt)	8
„ indirekt (des Bruders)	1
Magenkrankheit	1
Gelenkrheumatismus	1
Herzaffektion	1
Ulcus cruris	1
Arbeitsnotwendigkeit	6
Wunsch des Mannes	5
Aufgeregtheit	2
Sorgen	1
Rat der Hebamme	1
Tod	1

Als Ursache vorzeitigen Abstillens haben wir fernerhin notiert:

Tuberkulose	2mal
„ indirekt (Großmutter!)	1 „
Mastitis	4 „
Hohlwarzen	1 „
Milchmangel	6 „
Schwäche	3 „
Genitalblutung	1 „
Menses	1 „
Arbeitsnotwendigkeit	3 „
Wäßrige Milch (Rat der Hebamme)	1 „
Ärztliches Anraten	1 „
Eigensinn	1 „

Wenige von diesen angegebenen Gründen können als stichhaltig anerkannt werden. Schon die gewaltigen Zahlen für Milchmangel können dem Kenner der Verhältnisse nur ein Kopfschütteln abnötigen, die mit 11 Fällen vertretene Mastitis hätte in keinem Falle das Stillen zu verhindern brauchen. Als stichhaltig ist wohl sicher die Tuberkulose anzusehen, aber auch da scheint sich in 2 Fällen wenigstens die Furcht vor der Tuberkulose als Kehrseite der oft vielleicht des Guten zu viel tuenden Tuberkuloseaufklärung allzu breit zu machen, denn die eine Frau stillte nicht, weil ihr Bruder tuberkulös war und eine andere gar, weil ihre Großmutter an Phthise gestorben war. — Andererseits haben wir 2 Mütter trotz unseres eindringlichen Abmahnens (beide hatten schon Heilstättenkuren durchgemacht) ohne Schaden ihre Kinder stillen sehen,

eine davon hatte schon 1906 ein Kind 5 Monate gestillt und war auch 1907 mit einem Brustkinde bei uns. Dagegen mußten wir zweimal wegen einer sich entwickelnden Lungenaffektion abstillen lassen. — Interessant ist auch, daß eine unsrer stillenden Mütter ihr Kind mit gutem Erfolge für sich und den Säugling nährte, obwohl sie eine mehrere Monate dauernde Schwangerschaftspsychose durchgemacht hatte.

Überblicken wir diese unsere Erhebungen über das Stillgeschäft, so würde sich der überraschende Schluß ergeben, daß von den Säuglingen unserer Fürsorgestelle 33 % über 5 Monate gestillt wurden, von den Geschwistern derselben aber 50 %. Selbst wenn man bei dieser letzteren Zahl die Neigung vieler Mütter gerade in der Beratungsanstalt ihre Stillfähigkeit übertrieben darzustellen, in Betracht zieht und sie entsprechend reduziert, so kann es doch danach für den nüchternen Kritiker kein Zweifel sein, daß durch unsere Naturalunterstützung stillender Frauen weder ein stärkerer Anreiz zum Stillen noch eine nachweisbare Verlängerung der Stilldauer herbeigeführt wird. Trotz dieser Erkenntnis würden wir es für verfehlt halten, von der Unterstützung stillender Mütter wieder abzugehen. Denn wie die Dinge nun einmal liegen, scheint der mit der Unterstützung verbundene materielle Vorteil eine *Conditio sine qua non* zu sein, um eine Verbringung der Säuglinge in ärztliche Überwachung in recht frühem Lebensalter zu erreichen und sie dadurch vor Gefahren zu behüten, ferner ist dies notwendig, um allmählich vernünftiger Grundsätze der Stilltechnik zu verbreiten, und schließlich ist jedes gesunde Brustkind ein wirksameres Agitationsmittel für die Brusternährung bei den zur Fürsorgestelle kommenden Müttern von Flaschenkindern, als die schönste Propagandarede. Wenn sich auch also bisher eine deutliche Wirksamkeit der von unsrer Organisation gewährten Stillunterstützungen noch nicht zahlenmäßig feststellen läßt, so steht doch sicherlich zu erwarten, daß mit der Zeit auch hierin ein Wandel eintreten wird. Wir müssen auch zur richtigen Wertung unserer statistischen Ergebnisse darauf hinweisen, daß die Zahlen für die Zeitdauer der Brustfunktion sowohl die Zeit der ausschließlichen Brusternährung wie die des *Allaitement mixte* umfassen. Ob unser Eindruck, der sich ja freilich nicht zahlenmäßig beweisen läßt, daß es uns in einer Reihe von Fällen gelang, den Beginn der Zufütterung hinauszuschieben, sich als berechtigt erweisen wird,

wollen wir dahingestellt sein lassen. Immerhin sind wir geneigt, so skeptisch wir auch der Frage gegenüberstehen, den Naturalunterstützungen stillender Mütter wenigstens einen suggestiven Wert zuzuschreiben, indem wir in der Überzeugung der Mütter, „sich zusetzen zu können“, und infolge dessen ausreichende Nahrung für ihr Kind zu haben, einen doch nicht ganz unwesentlichen Faktor für die Ergiebigkeit und Funktionsdauer der Mutterbrust zu erblicken geneigt sind.

Eine andere Frage ist es, ob es sich nicht empfehlen dürfte, in dem Modus der Unterstützungen eine Änderung insofern eintreten zu lassen, daß auch in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres ein wenn auch kleiner materieller Vorteil an die regelmäßige Vorstellung der Brustkinder geknüpft ist.

Für die Beurteilung unserer Erfolge in der Säuglingsfürsorge bilden die **Mortalitätsverhältnisse** unserer Schützlinge natürlich die wesentlichste Unterlage, wenn wir uns auch nicht verhehlen können, daß sie für sich allein noch kein ganz klares Bild von dem Erreichten geben können. Sind doch gerade wieder von den Gestorbenen eine größere Anzahl nur kurze Zeit in unserer Fürsorge gewesen, ein Teil starb erst längere Zeit nach dem Wegbleiben von der Beratungsanstalt, und schließlich trat häufig der Tod durch Krankheiten ein, auf welche die Fürsorgestelle keine Einwirkung ausüben konnte. Der Mangel einer Stelle, wo erkrankte arme Kinder unentgeltliche ärztliche Behandlung finden könnten, ohne die Konsequenzen des Armenrechtes für die Väter, tritt dabei deutlich in Erscheinung. Denn wir erleben es immer wieder, daß trotz eindringlichster Ermahnung, wenn wir erkrankte Kinder in hausärztliche Behandlung verweisen, dieser Rat in einer großen Zahl der Fälle gar nicht oder jedenfalls nicht rechtzeitig befolgt wird. Wir stehen deshalb zurzeit mit der Armenbehörde in Unterhandlung, um zu erreichen, daß von uns in die Säuglingsabteilung des Städtischen Krankenhauses eingewiesene Kinder ev. aus Mitteln der öffentlichen Wohltätigkeit, ohne daß es den Charakter der Armenunterstützung mit ihren gesetzlichen Folgen erhält, im Krankenhause ohne Bezahlung seitens der Eltern behandelt werden können. Damit ließe sich wenigstens eine teilweise Besserung der angedeuteten Mißstände herbeiführen.

Die Zahl der Todesfälle im Berichtsjahr 1907 belief sich auf 39, d. i. auf die Gesamtfrequenz berechnet 6,5%. Rechnet man

die nur einmal Dagewesenen — von den Gestorbenen waren es 6, von den am Leben Gebliebenen 56 — ab, so beträgt die Zahl $33:542 = 6,08\%$. Das ist ungefähr dasselbe Verhältnis wie im Vorjahr. Aus diesem waren 16 übernommen. Dem Geschlecht nach verteilen sich die 39 Todesfälle auf 26 Knaben und 13 Mädchen, also ein starkes Überwiegen des männlichen Geschlechts, wie das im allgemeinen bei der Säuglingssterblichkeit beobachtet wird. $5 = 15,6\%$ von den Verstorbenen waren unehelicher, $34 = 6,0\%$ ehelicher Geburt.

Das Alter, in welchem uns die Kinder erstmalig zugegangen waren, betrug:

0— $\frac{1}{2}$ Monat bei	8
$\frac{1}{2}$ —1 „ „	17
1—2 „ „	7
2—3 „ „	3
3—4 „ „	3
6—7 „ „	1

Bei der Aufnahme waren 16 Kinder an der Brust, 3 Kinder erhielten Allait. mixte und 20 wurden künstlich ernährt.

Einen Überblick über die Art der Ernährung bis zum Ende der Beobachtung und die Todesursache gibt die folgende Zusammenstellung:

Ernährung und Todesursache:

Nur Brust: $\left\{ \begin{array}{l} 2\text{mal Darmerkrankung,} \quad 3\text{mal Krämpfe,} \\ 1 \text{ „ Influenzapneumonie,} \quad 2 \text{ „ Capillarbronchitis,} \\ 1 \text{ „ Pyämie (von einer Wunde am rechten Unter-} \\ \quad \text{schenkel ausgehend),} \\ 1 \text{ „ Blutfleckenkrankheit (Sepsis).} \end{array} \right.$

Zuerst künstliche Ernährung, dann abgepumpte Frauenmilch: $\left\{ \begin{array}{l} 1\text{mal unbekannt (Frühgeburt,} \\ \quad \text{unehelich),} \\ 1 \text{ „ Lues.} \end{array} \right.$

Zuerst Brust, dann künstlich ernährt: $\left\{ \begin{array}{l} 1\text{mal akuter Brechdurchfall (Überfütterung),} \\ 1 \text{ „ Darmerkrankung (eigenmächtig ab-} \\ \quad \text{gestillt).} \end{array} \right.$

Brust, dann Allaitement mixte, dann künstlich ernährt: $\left\{ \begin{array}{l} 1\text{mal unbekannte Ursache,} \\ 1 \text{ „ chronischer Darmkatarrh} \\ \quad \text{(nach Influenza),} \\ 1 \text{ „ wahrscheinlich Darm-} \\ \quad \text{erkrankung.} \end{array} \right.$

Allaitement mixte, dann künstlich ernährt: { 1 mal Tuberkulose (Mutter tuberkulös).

Künstlich ernährt, dann Brust wieder in Gang gebracht: { 1 mal Gastroenteritis acuta (zwei Monate nach der letzten Konsultation gestorben).

Nur künstliche Ernährung: { 8 mal Magendarmerkrankungen,
3 „ Atrophie,
2 „ Krämpfe,
1 „ chronischer Darmkatarrh,
1 „ Inanition (schwerste Vernachlässigung; Ernährung mit Schnaps!),
2 „ Masern,
1 „ Tuberkulose der Lungen,
1 „ Rachitis,
1 „ Status lymphaticus,
1 „ unbekannt.

Brustnahrung hatten am Ende der Beobachtung noch 11, 2 erhielten abgespritzte Frauenmilch, 2 waren bei All. mixte und 24 künstlich ernährt.

Hieraus geht wieder zur Evidenz der Einfluß der künstlichen Ernährung auf die Mortalität und deren Ursachen hervor. Gleichzeitig bietet diese Übersicht eine Zusammenfassung der verschiedenen Todesursachen, welche wir dieses Mal in allen Fällen aus den Angaben der amtlichen Sterbescheine festgestellt haben. In drei Fällen war es uns möglich, die klinische Diagnose durch die Sektion zu bestätigen. Es waren dies erstens der Fall von Capillarbronchitis. Das Kind erkrankte plötzlich mit Husten und Fieber und starb in derselben Nacht unerwartet schnell. Die Autopsie ergab außer der Entzündung der feinsten Bronchien beider Lungen einen ausgesprochenen Stat. lymphaticus. Die Thymus war sehr groß, die Lymphdrüsen des ganzen Körpers waren etwas markig geschwollen. Der follikuläre Apparat des Darmes zeigte eine auffallende Vergrößerung. Dabei hatte das Kind niemals während unserer Beobachtung und auch später an Darmstörungen gelitten.

Der zweite Fall, der zur Sektion kam, war eine Pyämie, welche augenscheinlich von einem kleinen in Heilung begriffenen Verbrennungsgeschwür am Unterschenkel ausging und einen sep-

tischen Infarkt der Lunge mit umschriebener eitrigter Pleuritis erzeugt hatte.

Im dritten Fall, welcher eine schwere Atrophie mit dringendem Verdacht auf Tuberkulose betraf, konnte die aus äußeren Gründen freilich nicht ganz vollständige Sektion die Diagnose Tuberkulose nicht ganz sicherstellen.

Daß ein großer Teil der verstorbenen Säuglinge uns bereits mit Erkrankungen zuzuging, zeigt folgende Zusammenstellung:

Ernährungsstörungen I. Grades zeigten 5 Kinder

"	II.	"	"	0	"
"	III.	"	"	9	"
Intertrigo		"		8	"
Exsudative Diathese		"		4	"
Schwere Rachitis		"		1	"
Spasmophilie		"		2	"
Respirationserkrankung		"		1	"
Otitis media perforativa		"		2	"

Als gesund waren nur 16 Kinder zu bezeichnen. Auch hier ist wieder die relativ hohe Zahl der an Darmstörungen, und zwar an solchen erheblicheren Grades Leidenden auffallend.

Die Beobachtungsdauer war auch dieses Mal bei den Verstorbenen meist nur kurz:

Nur einmal waren da	6
bis zu $\frac{1}{2}$ Monat wurden beobachtet	6
" " 1 " " "	6
" " 2 " " "	3
" " 3 " " "	2
" " 4 " " "	1
" " 5 " " "	6
" " 6 " " "	2
" " 7 " " "	0
" " 8 " " "	1
" " 9 " " "	2
" " 10 " " "	2
" " 11 " " "	1
" " 12 " " "	1
über 12 " " "	1

8

Nur 8 Kinder waren also über ein halbes Jahr in unserer Aufsicht.

Auch während der Beobachtungszeit erkrankte noch eine größere Anzahl, und zwar wurde notiert:

Intertrigo	1 mal
Ernährungsstörungen II. Grades	2 „
III. „	6 „
Exsudative Diathese	5 „
Schwere Rachitis	2 „
Spasmophilie	2 „
Otitis media	3 „
Pertussis	1 „
Lues	1 „
Tuberkulose	1 „

Von den aus dem Vorjahr übernommenen und 1907 gestorbenen Kindern ist nur ein einziges als gesund in das Berichtsjahr eingetreten.

Setzt man diese Zusammenstellung mit der obigen über den Aufnahmezustand in Vergleich, so zeigt sich deutlich eine Abnahme der Ernährungsstörungen. Sicherlich wäre es möglich gewesen, dies bei mehreren Fällen zu einem Dauererfolg auszugestalten, wären die Kinder nicht unserer Kontrolle vorzeitig entzogen worden. Um diese Behauptung zu stützen, stellten wir Datum der letzten Konsultation und Todesdatum gegenüber. Der zeitliche Abstand zwischen beiden betrug:

bis zu $\frac{1}{3}$ Monat bei 15 Kindern	
„ „ 1 „ „ 11 „	
„ „ 2 „ „ 4 „	
„ „ 3 „ „ 2 „	
„ „ 4 „ „ 1 „	
„ „ 5 „ „ 1 „	
„ „ 6 „ „ 1 „	
über 6 „ „ 2 „	

unbekannt blieb es bei 2 Kindern.

Das Alter bei der letzten Vorstellung der Kinder in der Beratungsanstalt und das Todesalter derselben zeigt folgende Tabelle:

Endalter		Todesalter		Endalter		Todesalter	
bis 1 Mon.	3	2		bis 8 Mon.	3	2	
„ 2 „	11	5		„ 9 „	—	4	
„ 3 „	2	6		„ 10 „	2	—	
„ 4 „	4	4		„ 11 „	2	—	

	Endalter	Todesalter		Endalter	Todesalter
bis 5 Mon.	4	4	bis 12 Mon.	—	—
„ 6 „	5	3	„ 15 „	1	4
„ 7 „	2	1	über 15 „	—	2

Bei 2 Fällen blieb das Todesalter unbekannt.

Es erübrigt noch die Verteilung der Sterbefälle auf die einzelnen Monate des Jahres anzuführen.

Im Januar	0	Im Juli	6
„ Februar	2	„ August	3
„ März	1	„ September	2
„ April	3	„ Oktober	10
„ Mai	4	„ November	0
„ Juni	3	„ Dezember	4

unbestimmt 1.

Auffallend hoch ist die Zahl im Oktober und zwar waren darunter 6 Todesfälle an Darmaffektionen.

Diese Verschiebung des zeitlichen Gipfels der Säuglingssterblichkeit an unserem Materiale findet ungezwungen seine Erklärung in dem bereits oben erörterten Umstande, daß mit Beginn des letzten Quartals viele Mütter künstlich genährter Säuglinge wegen der von diesem Zeitpunkte ab notwendig gewordenen Unbequemlichkeit, sich die ihnen zur Verfügung gestellte Säuglingsmilch selbst abholen zu müssen, auf diese letztere verzichteten und zur gewöhnlichen ins Haus gelieferten Marktmilch übergingen.

Auffällig hoch ist unter unseren gestorbenen Schutzbefohlenen die Zahl der Brustkinder. 11 reine Brustkinder und 2 Zwiemilchkinder, wenn wir von den beiden wegen schwerster Ernährungsstörung mit abgespritzter Frauenmilch ernährten Kindern absehen, finden sich unter den 39 Gestorbenen. Die Zahl der Flaschenkinder ist also nur doppelt so hoch wie die der Brustkinder, während sie sonst als 7 mal so hoch angegeben wird. Das verdient hervorgehoben zu werden, weil es zeigt, daß wir mit unserm Mortalitätsprozent von 6,5 uns schon ziemlich weit der erreichbaren Mindestgrenze genähert haben müssen, denn nach der oben mitgeteilten Todesursachenstatistik sind mindestens 16 als unabhängig von der Ernährung zu bezeichnen, konnten also von der Fürsorgestelle nicht beeinflußt werden.

Als Vergleichszahl steht uns leider auch für das Jahr 1907 für die Stadt Karlsruhe nur die Verhältniszahl der im 1. Lebens-

jahr Gestorbenen zu der der Lebendgeborenen zur Verfügung. Sie beträgt für 1907 15,3‰, ist also $2\frac{1}{2}$ mal höher als die unserer Fürsorgekinder ¹⁾).

Haben wir also ebenso wie im Vorjahre Grund, mit den dargelegten Ergebnissen unserer sozialärztlichen Arbeit bezüglich Morbidität und Mortalität zufrieden zu sein, so erwuchs uns u. E. in diesem 2. Jahresbericht auch die Pflicht, über die weitere Entwicklung und die Gesundheitsverhältnisse der im 1. Berichtsjahre beobachteten Kinder uns ein wenigstens orientierendes Urteil zu bilden, um so mehr, als man den Fürsorgestellen für Säuglinge nachgesagt hat, daß sie nur beweisen, daß es mit vieler Mühe gelingt, Kinder über das erste Lebensjahr hinaus am Leben zu erhalten, daß aber nach dem Aufhören der Kontrolle in der Beratungsstelle ein großer Teil dieser Kinder doch noch dem Untergange geweiht ist.

Wir haben also mit Hilfe unserer Aufsichtsamen eine Enquete über die im Jahre 1906 beobachteten Kinder angestellt. Leider ist das Ergebnis für das Jahr 1906 noch ein recht lückenhaftes. Wir haben aber Vorsorge getroffen, daß wir in unseren künftigen Jahresberichten eingehender und vollständiger über diesen außerordentlich wichtigen Punkt, der schließlich ausschlaggebend ist für die Bewertung aller Bestrebungen der Säuglingsfürsorge, Auskunft geben können.

Auf das Jahr 1907 übernommen und noch in Kontrolle waren 164 Kinder, 77 waren teils verzogen, teils unauffindbar, 162 Kindern ging es gut, 35 hatten Krankheiten durchgemacht oder waren noch krank, und zwar wurden bezeichnet als schwächlich und leidend 15, als Rachitiker 6, als magendarmkrank 4. Je 1 mal ist notiert: Infektionskrankheit, chronischer Husten, Augenentzündung, Hirnentzündung, Lungenentzündung, Ekzem, Blutvergiftung, Hydrocephalus, Drüsen, Operation.

19 wurden als gestorben gemeldet. Doch sind hier sicher zu einem nicht geringen Teile die schon im Jahresbericht für 1906 angeführten Todesfälle inbegriffen, so daß nur relativ wenige neu hinzugekommen sind.

¹⁾ Bei dieser Zahl sind die 3 am 1. Jan. 1907 einverleibten ländlichen Vororte, für die allein sich 22‰ ergeben, nicht berücksichtigt, weil sich der Bereich der Fürsorgestelle nicht auf sie erstreckte.

Als Todesursache gaben die Eltern an:

Unbekannt	5 mal
Allgemeine Körperschwäche	2 „
Zahnen	1 „
Diphtherie	1 „
Tuberkulose	1 „
Capillarbronchitis	1 „
Halsentzündung	1 „
Pneumonie	1 „
Durchfälle	3 „
Atrophie	2 „
Lungenschlag	1 „

Wenn wir in Erwägung ziehen, daß wir über die im Jahre 1906 in Fürsorge gewesenen Säuglinge notiert hatten: 81 entlassen, 30 gestorben, 136 ausgeblieben und 210 noch in Kontrolle, von denen aber nur 164 tatsächlich weiterkamen, 46 aber ausblieben, so dürfen wir wohl die obigen Zahlen, selbst wenn man von den 77 als verzogen oder unauffindbar gemeldeten noch die Hälfte als gestorben annimmt, als recht zufriedenstellend bezeichnen. Jedenfalls bieten sie keinen Anlaß für die Vermutung, daß eine durch unsere Fürsorge verringerte Sterblichkeit im 1. Lebensjahre eine um so größere nach der Entlassung aus unserer Obhut zur Folge haben müßte. Was die Todesursachen anbelangt, so muß die relativ geringe Zahl der an Darmerkrankungen Gestorbenen Befriedigung hervorrufen, selbst wenn unter den als aus „unbekannter“ Ursache Gestorbenen noch der größte Teil zu dieser Gruppe hinzugerechnet werden müßte. Immerhin müssen wir zugeben, daß in dieser Richtung unser Material für dieses Jahr leider noch zu lückenhaft ist, um bindende Schlüsse zu ermöglichen.

Karlsruhe, im April 1908.

Die Säuglingsfürsorge und der Staat.

Von

Dr. **Effler**, städt. Ziehkinderarzt in Danzig.

Wenn man den Entwicklungsgang derjenigen Maßnahmen verfolgt, welche im Dienste der öffentlichen Gesundheitspflege ergriffen werden, so kann man im allgemeinen vier Stadien unterscheiden, von denen meist das eine sich aus dem anderen herleitet. Zuerst wird gewöhnlich ein kleiner Kreis gewissenhafter Volksfreunde auf gewisse Mängel im Gesundheitszustande einer Alters- oder Bevölkerungsklasse aufmerksam und sucht nach seinen Kräften Abhilfe zu schaffen. Erwähnt sei in dieser Beziehung z. B. das Bestreben privater Vereinigungen, durch Schaffung der sogenannten Arbeitergärten der arbeitenden Klasse die Möglichkeit des Aufenthaltes im Freien zu bieten und damit Übelstände zu vermeiden, welche sich für Kinder und Erwachsene aus dem ständigen Leben in geschlossenen, mitunter hygienisch nicht einwandfreien Räumen ergeben würden. Erweitert sich dann der Kreis der Einsichtigen immer mehr, und wird die öffentliche Aufmerksamkeit durch ständigen Hinweis auf hygienische Unzuträglichkeiten hingelenkt, so tritt man in das zweite Stadium ein, in welchem die städtischen oder andere Korporationen mit größeren Mitteln Hilfe bringen. Ein Beispiel hierfür mögen die von einer Reihe von Städten zum Wohle der Bevölkerung eingerichteten Wohnungsinspektionen geben. Insofern nun weiterhin die Notwendigkeit des Zusammenlebens mit einer größeren oder kleineren Zahl von Individuen dem einzelnen an und für sich gesundheitliche Gefahr bringt, auf der anderen Seite aber die Gesundheit des einzelnen die Grundlage seiner Leistungsfähigkeit für das Wohl der Gesamtheit bedeutet, ist es Pflicht des Staates, sich der öffentlichen Gesundheitspflege anzunehmen, und liegt es zugleich auch in seinem Interesse, seine Bürger vor den Beeinträchtigungen ihrer Gesundheit, welche das soziale Zusammenleben bedingt, zu schützen. In letzter Reihe kommt also für alle Maßregeln der öffentlichen Gesundheitspflege immer der Staat in Betracht. Ge-

schieht in einem bestimmten Falle bereits von anderer Seite so viel, daß ein gesetzgeberisches Vorgehen unnötig erscheint, oder mangeln etwa noch die notwendigen wissenschaftlichen oder materiellen Vorbedingungen zu der Lösung einer den Staat angehenden Frage im Gebiete der Hygiene, so beschränkt der Staat sich zunächst darauf, Vereinen, Korporationen und Gemeinden Ratschläge zu erteilen und eventuell materielle Unterstützung zu gewähren. Damit ist dann ein drittes Stadium erreicht. Als Beispiel sei die Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit genannt. Einen Teil der hierfür notwendigen Einrichtungen haben die Landesversicherungsanstalten übernommen (Heilstätten); die weiteren wünschenswerten Vornahmen (Erholungsstätten, Fürsorgestellen, Heimstätten usw.) befinden sich noch zu sehr im Anfangsstadium, als daß der Staat bisher mehr zu tun Veranlassung genommen hätte, als materielle Beihilfen zu gewähren. Der Schlußstein, das Eintreten des Staates durch Gesetzgebung und staatliche Organisation, wird erst dann gelegt, wenn ein Gebiet der Hygiene äußerst dringend und zugleich spruchreif ist — viertes Stadium. Man denke hier z. B. an die Bekämpfung der Pocken, der Cholera und anderer Seuchen durch den Staat.

Natürlich hat diese Einteilung in vier Stadien mehr den theoretischen Wert eines Schemas, als praktische Bedeutung. Es ist selbstverständlich, daß private, städtische und staatliche Unterstützung in einem besonderen Falle nebeneinander notwendig werden kann, z. B. bei dem Bau irgendeinem Zweige der Hygiene dienender Anstalten, für deren Kosten sowohl Private wie der Staat Mittel hergeben, während eine Stadt etwa das Bauterrain schenkt. In einem solchen Falle hat man die Stadien 1, 2 und 3 nebeneinander. Trotzdem aber hat die gewählte schematische Einteilung doch den Wert, daß man den gegenwärtigen Entwicklungsstand bestimmter hygienischer Einrichtungen an ihr leicht erkennen und ihr zukünftiges Werden folgern oder wenigstens für die weitere Entwicklung bestimmte Forderungen, die sich aus dem Vergleich mit dem Werdegang anderer Einrichtungen ergeben, aufstellen kann.

Im folgenden soll nun versucht werden, an der Hand dieses Schemas den heutigen Stand der Säuglingsfürsorge zu beleuchten; zu prüfen, ob die Vorbedingungen für ihre weitere Entwicklung gegeben sind und endlich darzutun, welche Forderungen zu er-

füllen sind, um aus einem Stadium niederer Entwicklung in ein höheres überzuleiten. Zugrunde gelegt sei dabei die überaus klare und umfassende Einteilung des gesamten Gebietes der Säuglingsfürsorge, welche Dietrich in seinem Referat auf dem Internationalen Kongreß für Hygiene und Demographie 1907 (s. diese Zeitschrift, Band 2, Heft 1 und 2) über „Das Fürsorgewesen für Säuglinge“ gewählt hat. Er unterscheidet zwischen der allgemeinen Fürsorge durch Belehrung und praktische Maßnahmen, die für alle Säuglinge in Betracht kommt, und der besonderen Fürsorge für die elternlosen, obdachlosen und unehelichen Säuglinge.

Die allgemeine Fürsorge ist bezüglich der Belehrung im allgemeinen noch nicht weit über das erste und zweite Stadium der Entwicklung hinausgekommen. Alles, was in dieser Beziehung geschieht, entspringt dem freiwilligen und damit mehr oder weniger zufälligen Wirken von einzelnen, Vereinigungen und Gemeinden. Vorträge, Broschüren, Zeitschriften, Merkblätter, Ausstellungen, Kurse usw. sind bisher nur von diesen Faktoren veranlaßt worden. Erst in neuester Zeit beginnt der Deutsche Verein für Volkshygiene, der durch staatliche Mittel unterstützt wird, Vorträge über Fragen der Säuglingshygiene in verschiedenen Orten des Landes zu veranstalten. Damit beginnt man, in das dritte Stadium überzutreten. Die praktischen Maßnahmen der allgemeinen Fürsorge wurden ebenfalls bisher nur in rein freiwilliger Weise von Privaten, Vereinen und einigen Städten in Angriff genommen. Durch das hohe Interesse, welches Ihre Majestät die Kaiserin an der Säuglingsfürsorge nimmt, ist vielfach Anregung dazu gegeben worden, so daß der Umfang der praktischen Tätigkeit ein nicht kleiner ist. An vielen Orten sind Wöchnerinnenheime, Krippen, Säuglingsheime, Fürsorgestellen, Milchküchen usw. gegründet worden und haben lokale Erfolge gezeitigt, teils durch ihre Wirksamkeit an sich, teils durch den Umstand, daß die öffentliche Aufmerksamkeit überhaupt auf die Notwendigkeit der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit gelenkt wurde, also auf indirektem Wege. An den meisten Orten sind wohl Privatvereine an der Arbeit, denen Unterstützung aus städtischen Mitteln zuteil wird. Einige Einrichtungen sind auch allein von den Gemeinden getroffen worden. Eine Unterstützung durch den Staat fehlt aber wohl noch gänzlich, und überall befindet man sich daher noch im Stadium 1 oder 2 der Entwicklung.

Am weitesten vorgeschritten ist man in Deutschland auf dem Felde der besonderen Fürsorge. Für die obdachlosen und elternlosen Kinder treten die Gemeinden ein, indem sie diese bedauernswerten Wesen gewöhnlich auf ihre Kosten in Haltepflege unterbringen. Diejenigen unehelichen Kinder, welche in Haltepflege untergebracht werden, dürfen bereits seit langer Zeit nur in solchen Pflegestellen bleiben, die nach vorausgegangener polizeilicher Kontrolle geeignet erscheinen. Haltekindervereine bemühen sich außerdem an vielen Orten, ihnen eine ständige Beaufsichtigung angedeihen zu lassen. In der Erkenntnis aber, daß das alles nicht ausreichte, um die enorme Sterblichkeit gerade dieser Kinder zu verhindern, haben nach dem Vorgange von Leipzig eine Reihe deutscher Städte eine besondere Ziehkinderorganisation eingeführt, indem sie die Beaufsichtigung der Haltekinder und Kommunalpflegekinder und, einen Schritt weitergehend, auch der bei Müttern oder Verwandten untergebrachten unehelichen Kinder durch besoldete, sachverständige Aufsichtspersonen vornehmen ließen. Außerdem versuchte man, ebenfalls nach dem Vorgange von Leipzig, durch Einführung der sogenannten Berufsvormundschaft, oder, wo, wie in Preußen, dies nicht gesetzlich möglich war, auf einem ähnlichen Wege, einen günstigen Einfluß auf die wirtschaftlichen Verhältnisse der unehelichen Mütter und Kinder zu gewinnen. Endlich ist hervorzuheben, daß in Preußen durch Ministerial-Erlaß vom 11. Februar 1905 auf die Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit der Ziehkinderbeaufsichtigung durch sachverständige Personen hingewiesen wurde und ein Zweifel darüber nicht bestehen kann, daß in Preußen für Orte mit königlicher Polizeiverwaltung die Besoldung dieser Kräfte auf Staatskosten zu erfolgen hat (Jugendfürsorge 1906, Heft 2, S. 112 ff.). Bezüglich der besonderen Fürsorge für Halte- und uneheliche Kinder ist man also bereits an einigen Orten in Stadium 3 angelangt und damit schon weiter vorgeschritten als bei der übrigen Säuglingsfürsorge.

Wenn man nun das Ganze überblickt und sich zunächst die Frage vorlegt, ob eine weitere Entwicklung der geschilderten Maßnahmen in ein höheres Stadium möglich ist, d. h. ob die Vorbedingungen dazu bereits gegeben sind, so wäre zunächst zu prüfen, ob der theoretische Ausbau der Säuglingsfürsorge bereits genügend gefestigt erscheint, um auf seiner Grundlage fortschreiten zu können. Das dürfte wohl der Fall sein. Unter Ärzten und Menschen-

freunden, die sich mit dem Thema der Säuglingsfürsorge befaßt haben, herrscht wohl über den Wert der einzelnen Maßnahmen und ihre Stellung im ganzen System keinerlei Meinungsverschiedenheit. Anders steht es mit der Praxis. Teils befindet man sich da noch ganz im Anfänge der Untersuchungen und Erfahrungen: zum Teil sind die einzelnen Einrichtungen von verschiedener Seite in verschiedener Art getroffen worden und es wäre notwendig, das Praktischste davon zunächst festzustellen; dann aber fehlt es fast überall an einer gewissen Planmäßigkeit des Vorgehens — und das ist der größte Übelstand. Keller (Ergebnisse der Säuglingsfürsorge, Heft 1) hebt das mit folgenden Worten treffend hervor: „Das, was uns bisher fehlt, ist eine Organisation all dieser Bestrebungen. Sie tut uns um so mehr not, da der Kampf bereits von verschiedenen Seiten und auf mannigfachen Wegen aufgenommen ist und schon erhebliche Mittel aufgewendet sind, ohne daß wir imstande wären, an zuverlässigem Material zu prüfen, welche Erfolge mit dieser oder jener Maßnahme erzielt werden.“ Man vergißt häufig genug, daß die einzelnen Maßnahmen der Säuglingsfürsorge nicht Selbstzweck sein dürfen, daß sie vielmehr nur Mittel zu dem Zweck der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit darstellen und die Glieder einer ganzen Kette von Einrichtungen bilden. In jeder Stadt ist daher das dringendste zuerst zu tun und danach das weniger dringliche. Es wird aber naturgemäß nicht überall gerade derselbe Übelstand am dringendsten Abhilfe erfordern. Die Vorbedingung zu einer Überführung der Maßnahme der Säuglingsfürsorge in ein weiter entwickeltes Stadium wird daher erst dann gegeben sein, wenn die Erfahrungen gewachsen sind, besonders aber eine Planmäßigkeit des Vorgehens überall Eingang findet. In ersterer Beziehung gibt der Inhalt dieser Zeitschrift, welche die Erfahrungen auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge sammelt, allen denen einen Anhalt, welche sich unterrichten wollen. In letzterer Hinsicht wird für jeden Verein und jede Stadt, welche Fürsorgeeinrichtungen für die Säuglinge treffen will, die Stiftung „Kaiserin Auguste Viktoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche“ die Zentralstelle abgeben können, von der Rat und Anleitung ausgehen. Jedenfalls aber erscheint es notwendig, daß alle an einem Orte getroffenen Einrichtungen auf Grund von sachverständigem Rate und gründlicher Kenntnis der lokalen spezifischen Bedürfnisse getroffen

und zentralisiert werden, so daß sie nicht nur nebeneinander bestehen, sondern in engstem Zusammenhange miteinander alle dem einen großen Ziele der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit dienen.

Prüft man nun die Berechtigung, die Hilfe des Staates nachzusuchen, d. h. vom Stadium 1 und 2 in Stadium 3 oder 4 überzugehen, nach dem Gesagten, so ergibt sich, daß bezüglich der allgemeinen Fürsorge leider noch zu wenig Erfahrungsmaterial infolge der fast überall fehlenden Zentralisation und planmäßigen Organisation vorliegt, als daß man, darauf fußend, die Frage der Fürsorge durch den Staat schon als spruchreif bezeichnen könnte. Höchstens könnte man in Einzelfragen bereits die Mithilfe des Staates nachsuchen. Z. B. könnten die Gemeinden auf die Zweckmäßigkeit der Abhaltung von Kursen der Säuglingshygiene hingewiesen und dafür staatliche Unterstützung bereitgestellt, ja sogar wandernde Ausstellungen, die alles Lehrmaterial bieten, herumgeschickt werden. Oder es könnte die Notwendigkeit der Einrichtung moderner Säuglingsstationen in Krankenhäusern seitens der Organe des Staates betont werden u. a. m. Das zunächst Notwendige wird aber sein, daß die Gemeinden ihre Säuglingsfürsorge organisieren und darin in bewußter Planmäßigkeit vorgehen. Ist das geschehen, so wird schließlich der Staat seinerseits nicht umhin können, dieses Vorgehen tatkräftig zu unterstützen.

Anders scheint es jedoch mit der besonderen Fürsorge zu stehen. Hier ist man, wie vorher schon angeführt, schon erheblich weiter vorgeschritten, als in der allgemeinen Fürsorge. Zunächst liegen für dieses Gebiet die Erfahrungen aus Ungarn vor, wo alle „verlassenen“ Kinder das Recht auf Versorgung durch den Staat genießen und auf Grund des sogenannten Kinderasylprinzips eine Vereinigung von germanischem und romanischem System geschaffen worden ist (Jugendfürsorge 6/1904, S. 336 ff.; Szana, Das Fürsorgewesen für Säuglinge, diese Zeitschrift, Band I, S. 356; derselbe in der Diskussion der Verhandlungen der 25. Jahresversammlung des Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit). Sodann ist die Zahl der deutschen Städte nicht mehr klein, welche das Taubesche System der Ziehkinderbeaufsichtigung ihren Organisationen zugrunde gelegt haben und ausreichende Erfahrungen besitzen. Mit kurzen Worten sei diese Organisation geschildert: Sämtliche in einer Stadt vorhandene Kommunalpflegekinder, Halte-

kinder und uneheliche Kinder werden dauernd von einem Ziehkinderarzt und besoldeten, in der Kinderpflege ausgebildeten Helferinnen beaufsichtigt. Für die Beaufsichtigung erscheint es erforderlich, daß alle diese Kinder nicht nur in ihren Wohnungen besucht, sondern in bestimmten Zwischenräumen dem Arzte vorgeführt werden, die Säuglinge möglichst alle Monate. Diese Besichtigungen dienen hauptsächlich der Prophylaxe: durch die Beratung durch den Arzt soll besonders richtige Ernährung, wo irgend möglich natürliche Ernährung, eventuell unter Zuhilfenahme von Stillprämiën, erreicht und Ernährungskrankheiten verhütet werden. Dieser Sorge für die gesunden Kinder gesellt sich die Fürsorge für die kranken unter Zuhilfenahme von Poliklinik und Säuglingskrankenhaus. Das Krankenhaus, in dem Frauenmilch zur Verfügung stehen muß, dient zugleich als Unterkunft (Asyl) für zeitweilig obdachlose Kinder, für Frühgeburten usw., und bildet also die Ergänzung für die Einzelpflege. Somit ist von deutschen Städten das ungarische System bereits durchgeführt. Der Unterschied besteht nur darin, daß in Deutschland die Gemeinden, in Ungarn der Staat eingegriffen hat, womit Ungarn weit vorgeschritten erscheint. Andererseits beschränken sich aber die deutschen Städte nicht auf die „verlassenen“ Kinder, sondern ziehen sämtliche unehelichen Kinder in ihre Ziehkinderorganisation mit hinein. Man besitzt also in Deutschland bereits eine Zentralisation der Ziehkinderfürsorge an vielen Orten. Trotzdem dürfen die bestehenden Mängel nicht übersehen werden: keine Stadt ist zu dieser Einrichtung gezwungen — das führt zur Verschleppung von Säuglingen und zum Abschieben von Kindern aus dem einen Orte in einen anderen, der zahlungspflichtig ist, und lediglich, um Kosten zu sparen, oft genug ein Kind aus einer guten Pflege in fremdem Orte in eine billigere, aber schlechtere Pflegestelle des eigenen Bezirks überführen läßt. — In manchen Orten, welche Beaufsichtigung der Ziehkinder eingeführt haben, erscheint sie nicht ausreichend. Es dürfte z. B. nicht genügen, wenn den Helferinnen die Verantwortung überlassen wird und der Arzt nur als Gutachter in Frage kommt. Oder aber wenn die Kinder nur selten oder gar nur einmal im Jahre dem Arzte gezeigt werden. Es ist nötig, daß dies dauernd geschieht. In großen Orten wird sich das freilich nur so ermöglichen lassen, daß man Ziehkinderärzte im Hauptamte anstellt und ihnen erforderlichenfalls Assistenten

zur Seite stellt. — Während bis jetzt die Befugnis der Beaufsichtigung nur für sogenannte Haltekinder gegeben ist, wäre es notwendig, sie auf alle unehelichen Kinder auszudehnen. Überall hat man die Erfahrung gemacht, daß diese Kinder bei der Mutter oder Verwandten oft viel schlechter gepflegt werden, als bei den Haltefrauen, so daß die geforderte Maßregel durchaus begründet erscheint. — Endlich erscheint es dringend, die in Sachsen bereits bestehende Möglichkeit der Berufsvormundschaft auch in den übrigen Bundesstaaten zu geben. Über die Vorteile, welche die Berufsvormundschaft den unehelichen Müttern und ihren Kindern gewährt, ist so viel geschrieben worden, daß es überflüssig erscheint, die Unentbehrlichkeit ihrer Einführung nochmals zu begründen.

Das wären Mängel der vorhandenen besonderen Fürsorge, die nicht verschwiegen werden dürfen. Ihre Abstellung ist allein möglich durch die Hilfe des Staates. Die Gemeinden haben ihre Pflicht getan, sie werden aber an weiteren Schritten so lange gehindert bleiben, bis der Staat durch materielle Beihilfe und besonders durch seine Gesetzgebung eingegriffen haben wird. Der Kongreß des Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit 1902 forderte bereits eine Regelung der Ziehkinderfürsorge durch Landesgesetzgebung. Taube (diese Zeitschrift, Bd. I, Heft 1) befürwortet eine Reichszentrale, welche einen Staatszuschuß pro Kopf des Kindes, wie bei der Schule, gewähren solle, wodurch die großen Gemeinden entlastet würden. Stadtrat Lindemann-Magdeburg schreibt (Ergebnisse der Säuglingsfürsorge, Heft 1): „. ist dringend erforderlich, daß der Staat den Gemeinden die Möglichkeit gibt, durch Ortssatzung oder im Wege der Polizeiverordnung das Ziehkinderwesen in dem Umfange zu regeln, wie es im öffentlichen Interesse zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit nötig ist... Neben dieser Hilfe mittels der Gesetzgebung ist es m. E. kein unbilliges Verlangen, von dem Staat... die Bereitstellung von Geldmitteln für die in Rede stehenden Zwecke zu fordern.“ Dietrich (l. c.) äußert sich: „Das ungarische System der verlassenen Kinder, d. h. der Aufbau der gesamten öffentlichen Säuglings- und Kinderfürsorge auf dem Kinderasylprinzip, ist anzustreben. Die Fürsorge für die elternlosen und unehelichen Kinder ist durch die Einrichtung der Generalvormundschaft wirksamer zu gestalten. ... Die Beaufsichtigung der aus dem Kinderasyl... entlassenen

Kinder hat durch eine besondere Behörde einheitlich zu erfolgen.“ Somit ist die Forderung der Staatshilfe durchaus nicht neu. Daß der Staat aber auch die Pflicht hat, angesichts der Höhe der Sterblichkeit der unehelichen Kinder einzugreifen, dürfte kaum bezweifelt werden dürfen. Diese Kinder haben alle ein Recht an die Hilfe durch den Staat. Durchaus zutreffend sind die Worte Karsais: „Der Staat zieht den Schwachen zu sich in die Höhe. Mit dem Rechte.“ — Ob nun diese Staatshilfe durch das Reich oder die einzelnen Staaten zu erfolgen habe; ob der Staat selbst Asyle bauen oder den Gemeinden dazu Zuschüsse geben soll; ob er beamtete Ziehkinderärzte und Helferinnen seinerseits über das Land verteilt oder nur den Gemeinden Zuschüsse zu den Gehältern gewährt; ob die Generalvormünder seine oder städtische Beamte zu sein haben — das alles sind Fragen, die sich hier anschließen, aber wohl besser von Verwaltungs-Sachverständigen, als von ärztlicher Seite beantwortet werden können. Vorläufig handelt es sich nur darum, festzustellen, daß durch die Vorarbeit deutscher Städte in der Ziehkinderfürsorge die Vorbedingungen geschaffen sind, um das Verlangen nach Staatshilfe begründen zu können, daß ohne diese Hilfe alles Bemühen der Städte um die Ziehkinder ein halbes Werk bleiben muß, und endlich, daß der Staat nunmehr die Pflicht hat, seinerseits mitzuhelfen.

Man darf auch nicht übersehen, daß aus einer vom Staate unterstützten oder geleiteten besonderen Fürsorge auch die allgemeine Fürsorge den größten Vorteil ziehen würde. Ist doch die besondere Fürsorge von der allgemeinen in der Praxis gar nicht zu trennen. Säuglings-Krankenhäuser oder -Stationen dienen unehelichen und ehelichen Kindern. Uneheliche Mütter, die der Ziehkinderarzt genau kennt, werden vortreffliche Ammen für eheliche Kinder abgeben. Die Besserung der Milchverhältnisse einer Stadt, die zunächst seitens des Ziehkinderarztes für die Ziehkinder angestrebt werden muß, kommt allen Kindern zugute. Die Belehrung der Ziehmütter und unehelichen Mütter wirkt von diesen weiter in die Kreise der ganzen Frauenwelt usw. Endlich können die Städte keinen geeigneteren Berater in dem Bestreben nach Zentralisation und Planmäßigkeit in ihrer ganzen Säuglingsfürsorge an die Seite gestellt erhalten, als einen Ziehkinderarzt, der infolge seiner Tätigkeit die ganze Säuglingsfürsorge am besten kennt und zudem die lokalen Verhältnisse durchschaut.

Aus allen diesen Gründen dürfte es an der Zeit sein, das Verlangen auszusprechen, daß die Ziehkinderbeaufsichtigung verstaatlicht wird. Man kann und muß in diesem Zweige der Säuglingsfürsorge in das vierte Stadium gelangen — im Interesse des Staates selbst.

Referate.

Deutsch, E., Kindersterblichkeit und Milchküche. Archiv f. Kinderh. 1907, Bd. 47, S. 1.

Im ersten Abschnitt seiner Arbeit entwickelt Verfasser an Hand eines großen statistischen Materials und zahlreicher tabularischer Zusammenstellungen ein Bild von der Kindersterblichkeit bei allen Kulturvölkern.

Der Wert dieser Übersicht wird dadurch beeinträchtigt, daß auch Statistiken herangezogen werden, die mehrere Dezennien zurückliegen und für die Beurteilung der heutigen Verhältnisse kaum mehr in Betracht kommen dürften.

Die übrigen Abschnitte stellen ein umfangreiches Sammelreferat dar über die in aller Herren Länder bestehenden Einrichtungen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, als Gouttes de lait, Säuglingsfürsorgestellen, Milchküchen usw., über deren Betrieb, deren Leistungen und die erzielten Resultate.

Böhme.

Keller, Arthur. Aus der Praxis der Säuglingsfürsorge. IV. Mitteilung. Monatsschr. f. Kinderheilk. 1908, Bd. VI, Nr. 10, S. 517.

Der um die Säuglingsfürsorge außerordentlich verdienstvolle Autor macht in dieser Mitteilung aus seiner reichen Erfahrung heraus Vorschläge für die praktische Durchführung der von den städtischen Behörden Magdeburgs beschlossenen mustergültigen Neuorganisation der Säuglingsfürsorge. Der große Wert dieser Neuorganisation, deren Zustandekommen in erster Linie Kellers Initiative zu danken ist, liegt

1. in der Zentralisation der Fürsorge,
2. darin, daß alle Vergünstigungen und Unterstützungen vom leitenden Arzt allein abhängig sind und
3. daß sie alle Maßnahmen umfaßt, die im Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit berücksichtigt werden müssen, das sind:

Einrichtungen zur Förderung der Brusternährung; Beschaffung guter Kuhmilch für die künstliche Ernährung; ärztliche pflegerische Überwachung der durch die Ungunst der sozialen Verhältnisse der Mütter meist gefährdeten Kinder.

Die Vergünstigung der Fürsorge will Verfasser nur unter folgenden Gesichtspunkten gewährt wissen:

1. Jeder Hilfe muß der Charakter der Armenunterstützung genommen werden wegen der damit verbundenen Irritation der staatsbürgerlichen Rechte.
2. Begrenzung des Kreises der Klientel.
 - a) Den am meisten Gefährdeten ist am meisten zu helfen. Das sind: die unehelichen Kinder, die in Pflege befindlichen ehelichen Kinder, die Kinder der Armenunterstützung empfangenden Mütter.
 - b) Gewährung der die Förderung der Brusternährung bezweckenden Vergünstigungen an alle in beschränkten Verhältnissen lebenden Mütter.

Für die Praxis macht Keller folgende Vorschläge:

I. Förderung der Brusternährung.

1. Belehrung über die Bedeutung der natürlichen Ernährung durch öffentliche Vorträge, Hinweise in der Tagespresse, Verteilung von Merkblättern, mündliche Belehrung durch den Kinderarzt und Beratungsstunde, durch Hebammen, Wochenpflegerinnen.
2. Errichtung von Stillkrippen in Fabrikbetrieben, die weibliche Arbeitskräfte in größerer Anzahl beschäftigen.
3. Gewährung von Stillprämien und zwar
 - a) nur an solche Mütter, deren Ernährer ein Einkommen bis zu 1200 M. haben,
 - b) nur an solche Mütter, die ihr Kind in den ärztlichen Beratungsstunden vorstellen und sich der Ziehkinderaufsicht unterwerfen,
 - c) Gewährung der Prämie als Geldprämie, da diese einen größeren Anreiz bietet.

Über die Art und Weise der Prämiengewährung macht Keller sehr empfehlenswerte Vorschläge, die es verdienen, allorts Beachtung zu finden.

Er befürwortet:

1. Beginn der Prämienzahlung von der 7. Woche ab, da die Erfahrung lehrt, daß die Mütter, die überhaupt stillen wollen, dies regelmäßig in den ersten 6 Wochen tun, und da die Wöchnerinnenunterstützung an Mitglieder von Krankenkassen mit diesem Zeitpunkte aufhören. Ende der Prämienzahlung nach der 15. Woche;
2. staffelförmiges Steigen der Prämien, so zwar, daß in der 7. und 8. Woche je 1 M., in der 9., 10. und 11. Woche je 1,25 M., in der 12., 13., 14. und 15. Woche je 1,50 M. zu gewähren sind;
3. Einführung einer erhöhten Sommerprämie in den Monaten Juli, August und September, die bereits von der Geburt ab zu gewähren ist und in den ersten 4 Wochen je 1,75 M., in den folgenden Wochen je 2 M. beträgt. Diese Sommerprämie soll auch den Müttern gewährt werden, deren Prämienanspruch schon vor Juli erloschen war, um den Kindern über die gefährlichen, heißen Monate hinweg die Brustnahrung zu gewährleisten;
4. die Auszahlung der Prämie soll durch den Arzt in der Beratungsstunde erfolgen, um die Beziehungen zwischen Arzt und Mutter möglichst eng zu gestalten;
5. die Prämie soll auch bei Allaitement mixte gewährt werden.

II. Beschaffung guter Kindermilch durch Vertrag der Stadt mit einem leistungsfähigen Unternehmer. Ärztliche Kontrolle der Milchgewinnung. Abgabe unter Gewährleistung einer Mindesttemperatur an die Empfänger in der ganzen Stadt bis zu einer bestimmten Stunde gegen Ausweis zum Marktpreise gewöhnlicher Milch. Diesen Ausweis erhalten durch ärztliche Verordnung nur die Mütter resp. Pflegemütter unehelicher Kinder, die Pflegemütter ehelicher Kinder sowie die Armenunterstützung beziehenden Mütter, und nur dann, wenn die Unmöglichkeit des Stillens vorliegt.

III. Ärztliche und pflegerische Überwachung, Vorstellung der Kinder in den Beratungsstunden alle 3 Wochen. Häusliche Kontrollbesuche durch be-

soldete Pflegerinnen. Notwendig ist ein Hand in Hand gehen der Polizeiverwaltung und der Berufsvormundschaft mit dem Kinderarzt und den besoldeten Pflegerinnen der Säuglingsfürsorge. Die Gesamtkosten der Organisation veranschlagt Keller mit 34 000 M. pro anno. Im Erkrankungsfalle soll freie ärztliche Behandlung durch die Bezirksärzte und freie Arznei gewährt werden. Der Kinderarzt ist, abgesehen von Ernährungsstörungen, nur beratender, nicht handelnder Arzt.

Böhme.

Schmid, Marie von, Mutterdienst. Nach einem öffentlichen Vortrage zur Hebammenfrage, gehalten in Bonn am 28. Februar 1907. Verlag von Felix Dietrich, Leipzig 1907.

Die Verfasserin ist mit dem Institut der Hebammen nicht zufrieden, sie will es nicht abgeändert, sondern aufgehoben wissen. Wie sie sich den Dienst bei der Entbindung denkt, kann hier nicht erörtert werden. Sie will eine allgemeine staatliche Dienstpflcht des Weibes einführen. Die Mädchen sollen 1 Jahr lang in Entbindungsanstalten, Mutterdiensthäuser, kommen und dort alles lernen, was zur Wochenpflege usw. nötig ist.

Das letzte Vierteljahr der Dienstzeit soll der Erlernung der Säuglingspflege gewidmet werden. Diese scheint sich die Verf. demnach sehr leicht vorzustellen und scheint auch nicht zu bedenken, daß man sie in den „Mutterdiensthäusern“ der bisherigen Hebammenlehranstalten, in denen nur Neugeborene und Säuglinge bis zum Alter von 9—14 Tagen sich befinden, nicht lernen kann.

Das Heftchen ist von einer energischen Dame geschrieben, die, wie es scheint, viel Vertrauen auf die Verwirklichung ihrer Ideen hat, aber doch an recht vielen Stellen das kühle Rechnen mit möglichen Dingen vermissen läßt.

Salge.

Szana, A., Untersuchungen über die Versorgung der Säuglinge in öffentlicher Fürsorge. Mitteilungen aus dem Temesvarer staatlichen Kinderasyle. Archiv f. Kinderheilk. 1907, Bd. 47, S. 126.

Verfasser bespricht zuerst das in staatliche Verpflegung kommende Säuglingsmaterial und stellt fest, daß der überwiegende Teil aus unehelichen Kindern besteht (ca. 80%) und daß die Kinder infolge der Vorteile des ungarischen Kinderschutzsystems mit besserem Aufnahmegewicht in Versorgung gelangen, als in den nach germanischem System geleiteten Anstalten. Er vergleicht sodann die Sterblichkeitsverhältnisse der in bezahlter Privatpflege versorgten Säuglinge mit denen der in öffentliche Fürsorge gelangten in Frankreich und Deutschland, wo die Sterblichkeit beider Kategorien ein höherer ist, als die allgemeine Säuglingssterblichkeit des Landes, aber die Sterblichkeit der in öffentlicher Fürsorge untergebrachten prävaliert. Demgegenüber war die Säuglingssterblichkeit in den ungarischen Anstalten annähernd die gleiche oder nicht wesentlich höher, als die allgemeine Säuglingssterblichkeit des Landes. Zu verwundern ist hierbei, daß die absoluten Resultate der Temesvarer Anstalt keine besseren sind, als die der französischen Findelhäuser.

Verfasser bewertet sodann eingehend die drei verschiedenen Verpflegungssysteme der ungarischen Fürsorge:

1. Belassung des Säuglings bei der Mutter;
 2. die Unterbringung des Säuglings mit der Mutter in Außenpflege;
 3. die Unterbringung des Säuglings bei einer Ziehmutter, möglichst einer stillenden,
 und kommt auf Grund der Resultate seiner Untersuchungen zu folgenden Anträgen:

1. Die Säuglinge sind prinzipiell mit der Mutter oder bei der Mutter unterzubringen, nur im Unmöglichkeitsfalle bei einer Ziehmutter.
2. Die Kontrolle der zu fremden Ziehmüttern gegebenen Säuglinge ist, besonders im ersten Monat nach der Unterbringung, sehr scharf zu gestalten.
3. Zur Verbreitung von Ernährungskennntnissen und zur Kontrolle der Säuglinge sind bezahlte Inspektorinnen anzustellen.
4. Die Honorierung der Kolonieärzte für Säuglinge soll eine bedeutend höhere sein als für die übrigen Kinder. Es sind für die Ärzte Wiederholungslehrkurse zu veranstalten.

Böhme.

Sexual-Probleme. Aus der Zeitschrift „Mutterschutz“. Neue Folge. Herausgeber Dr. med. Max Marcuse.

Das Januarheft bringt zunächst zur Einführung eine Darlegung sowohl der neuen als auch der erweiterten bisherigen Bestrebungen und Ziele. Weite Gebiete der Wissenschaft, Biologie, Soziologie, Rechtswissenschaft, Ethik, Geschichte und Völkerkunde sollen zusammen mit der praktischen Erfahrung und auf realem Boden die sexuelle Frage lösen helfen. Die Zeitschrift soll zu einem erschöpfenden Werk über die gesamten Sexualwissenschaften werden, dabei aber vor allem die Lösung praktischer Fragen fördern. Als solche werden genannt: die Befreiung aus sexueller Not und Gefahr, die Läuterung der Beziehungen der Geschlechter zueinander in- und außerhalb der Ehe, die Reformierung wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Schäden, in deren Gefolge Askese, Prostitution, Venerie, Perversion und andere Entartungserscheinungen auftreten mußten, Schutz von Staat und Gesellschaft gegenüber dem weiteren Anwachsen der Masse lebensuntüchtiger und antisozialer Individuen und gegen die fortgesetzte Abnahme des kräftigen, leistungsfähigen, sozial wertvollen Nachwuchses.

Um der praktischen Seite möglichst gerecht zu werden, ist ein „Sprechsaal“ vorgesehen, wo jeder, der ernst denkt und reinen Willens ist, gehört werden und als „sachverständig“ gelten soll.

Von Originalartikeln ist zunächst eine Abhandlung vom Rechtsanwalt Dr. Werthauer-Berlin: „Sexualwesen in strafrechtlicher Beleuchtung“ zu erwähnen. — Das Strafrecht ist stets ein getreues Spiegelbild der jeweils herrschenden Kulturordnung. Alle Verordnungen, welche den Sexualtrieb und seine Betätigung regeln sollen, müssen derart sein, daß sie unter Berücksichtigung der Natur des Triebes in Gemäßheit der natürlichen Bestimmungen denselben veredeln und zügeln sollen. Jede Verordnung, welche den Naturtrieb entgegen dem Gesetze der Natur hindern und einengen will, hat keine Aussicht auf Bestand und Erfolg. — Die bestehenden strafrechtlichen Bestimmungen über Ehebruch, Kuppelei, Zuhältertum usw. erscheinen zum großen Teil nicht zweckentsprechend, ihr Nutzen ist sehr fraglich, ihre Schädlichkeit oft groß.

Die heutige Strafvollstreckung scheint nicht geeignet, die von Natur oder schlechter Erziehung sittlich Minderwertigen auf ein höheres Milieu emporzuheben. Vielmehr soll man solch sittlich Schwachen eine ähnliche Nachsicht und ein Recht auf Erziehung zubilligen, wie den Unmündigen. Nicht nachfolgende Strafe, sondern vorbeugende Erziehung: Hygiene auch auf dem Gebiete des Strafrechts.

„Das geschlechtliche Elend der Frau“ behandelt Dr. med. Max Hirsch-Berlin. — Er zeigt an der Hand einiger drastischer Fälle, wie bei sexuellen Verhältnissen, sowohl außerehelichen wie ehelichen, die Frau der bei weitem mehr benachteiligte Teil ist, häufig der allein leidende. Schuld ist zunächst eine falsche gesellschaftliche Moral, die die physiologischen und sozialen Erkenntnisse unserer Zeit ignoriert; ferner steht die Frau besonders als Mutter auch rechtlich nicht genügend geschützt da.

Hirsch fordert besseren Schutz der Mutterschaft, bessere Stellung des unehelichen Kindes, Erweiterung der gesetzlichen Pflichten des Vaters, Befreiung der Frau aus physischer und wirtschaftlicher Abhängigkeit vom Manne, vernunftgemäße Regelung der Kindererzeugung, Erleichterung der Ehescheidung.

Den Bestrebungen der Zeitschrift „Sexualprobleme“, besonders ihrem erzieherischen Wirken zugunsten der Nachkommenschaft, wird auch der Kinderarzt von Herzen Glück wünschen, denn mit einer höheren sexuellen Ethik wird auch die Zahl der überflüssig und ohne Aussicht auf die Erhaltung des Lebens in die Welt gesetzten Kinder geringer werden. Überhaupt spielen ja im Kampfe gegen die Kindersterblichkeit eine wesentliche Rolle eine Anzahl ethischer Momente, welche nicht mehr ausschließlich im Arbeitsgebiet des Arztes liegen.

Wichura.

First Report of „The Babies' Dispensary and Hospital“ of Cleveland.

Dr. H. J. Gerstenberger berichtet eingehend über die erste Beratungsstelle für Säuglinge in Amerika. Es ist ein großes Verdienst des Verfassers, eines deutschen Kinderarztes, den modernen Bestrebungen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, als erster in Amerika, Gehör verschafft zu haben. Die unter seiner Leitung stehende Anstalt, aus privaten Mitteln unterhalten, hat den Charakter einer Säuglingsfürsorgestelle mit Milchküche nach deutschem Muster, verbunden mit einer Säuglingspoliklinik. Ein mustergültig eingerichteter häuslicher Überwachungsdiens durch in der Säuglingspflege geschulte Nurses ergänzt die Tätigkeit der Ärzte. Die Anstalt verfügt über eine kleine Station von 2 Betten für schwere Ernährungsstörungen, die in nächster Zeit zu einer Säuglingsklinik von 50 Betten ausgebaut werden soll. Die vorliegende Statistik, die sich auf eine Frequenz von 568 Säuglingen in 15 Monaten bezieht, läßt einen Vergleich mit den Statistiken unserer Säuglingsfürsorgeanstalten nicht zu, da es sich zum größten Teile um kranke Kinder handelte. Auffallend ist die günstige Beeinflussung bei schweren Ernährungsstörungen. 100 Fälle von Enterokatarh zeigten nur 20% Mortalität; allerdings ist nicht zu ersehen, wieviele von diesen Fällen Brustkinder waren. Als eine ihrer Hauptaufgaben betrachtet die Anstalt die Stillpropaganda. Ob aber diese Bestrebungen ohne Gewährung materieller Unterstützungen (Stillprämien) von großen Erfolgen gekrönt sein werden, muß die Zukunft lehren.

Böhme.

Der Preis aus dem Hodgkins-Fond in der Höhe von 1500 Dollar wird von dem Smithsonianen Institute zu Washington, D. C., gemäß nachstehender Ankündigung ausgesetzt:

Smithsonianes Institut. — Preis aus dem Hodgkins-Fond.

Im Oktober 1891 machte Herr Thomas George Hodgkins von Setauket, New York, dem Smithsonianen Institut eine Schenkung, deren Ertrag zum Teil dazu verwendet werden sollte, „eine genauere Kenntnis in bezug auf die Natur und die Eigenschaften der atmosphärischen Luft im Zusammenhang mit der Wohlfahrt des Menschen zu mehren und zu verbreiten“.

In Erfüllung der Wünsche des Gebers hat das Smithsonianen Institut von Zeit zu Zeit Preise ausgesetzt, Medaillen zuerteilt, Unterstützungen zu Forschungszwecken gewährt und Schriften veröffentlicht.

Im Zusammenhang mit dem nahenden Internationalen Kongreß zur Bekämpfung der Tuberkulose, welcher vom 21. September bis 12. Oktober 1908 in Washington tagen wird, wird ein Preis von 1500 Dollar für die beste Abhandlung ausgesetzt, welche jenem Kongreß über „die Beziehung der atmosphärischen Luft zur Tuberkulose“ vorgelegt werden soll.

Die Abhandlungen dürfen in englischer, französischer, deutscher, spanischer oder italienischer Sprache geschrieben werden. Dieselben werden geprüft und der Preis von einem Ausschuß, der von dem Sekretär des Smithsonianen Institutes ernannt wird, im Einvernehmen mit den Beamten des Internationalen Kongresses zur Bekämpfung der Tuberkulose zuerkannt werden.

Das Recht bleibt vorbehalten, keinen Preis zuzuerkennen, wenn nach dem Urteil des Ausschusses keine Arbeit eingeht, welche verdienstlich genug ist, um ein solches Verfahren zu rechtfertigen.

Das Smithsonianen Institut behält sich das Recht vor, die Abhandlung, welcher der Preis zuerkannt wird, zu veröffentlichen.

Weitere Auskunft wird solchen Personen, welche beabsichtigen, Mitbewerber zu werden, auf Anfrage erteilt. Charles D. Walcott,

Washington, 3. Februar 1908. Sekretär des Smithsonianen Instituts.

Generalvormundschaft und Berufsvormundschaft.

Halle a. 3. Denkschrift betreffend Einführung der Kollektiv-Berufsvormundschaft für uneheliche Kinder. Von Stadtrat Dr. Depelmann. (Einführung am 4. Februar 1907 von den Stadtverordneten beschlossen.)

Der Verfasser empfiehlt die Kollektiv-Berufsvormundschaft (der betreffende Beamte wird für jede einzelne Vormundschaft vom Gericht als Einzelvormund besonders bestellt) gegenüber der Generalvormundschaft mit folgender Begründung: „Die gesetzliche Generalvormundschaft beginnt ohne weiteres mit dem Eintreten der Armenpflege und dauert auch nach Beendigung der auf Kosten der Armenverwaltung erfolgenden Verpflegung in der mütterlichen oder einer anderen Familie bis zur Volljährigkeit der Kinder fort. Zwar ist das Gericht jederzeit befugt, aber nicht verpflichtet, einen anderen Vormund zu bestellen. Ob es das tut, z. B. wenn die Arbeitslast des betreffenden Beamten zu groß wird, hängt lediglich von dem Ermessen jedes einzelnen Vormundschaftsrichters ab. Die Stadtgemeinde bindet sich also bezüglich der bis zu einer Aufhebung des betreffenden Ortsstatuts anhängig werdenden Vor-

mundschaften unter Umständen auf mehr als zwei Jahrzehnte, selbst wenn ihr die Art der Beaufsichtigung des Generalvormunds durch einzelne Richter einmal nicht genehm sein sollte. Wird dagegen der Beamte für jede Vormundschaft besonders bestellt, so bedarf er zur Übernahme jeder neuen Vorschrift der gesetzlich vorgeschriebenen Erlaubnis des Magistrats als der vorgesetzten Behörde (§ 1784 des B. G.-B. und Art. 72 des Preuß. Ausf.-Ges.). Andererseits muß das Vormundschaftsgericht ihn jederzeit aus seinem Amte als Vormund entlassen, wenn diese Erlaubnis vom Magistrat zurückgenommen wird (§ 1888 des B. G.-B.). So sind Dezernt und Magistrat jederzeit in der Lage, dem Beamten die etwa wünschenswerte oder notwendige Entlastung zu verschaffen und bestimmen allein das Maß seiner Arbeit.“ Außerdem hat die Kollektiv-Berufsvormundschaft den Vorzug, daß sie nicht wie die Generalvormundschaft das Eintreten der Armenpflege abzuwarten braucht, der Berufsvormund kann vielmehr der Armenpflege vorbeugen.

Die Denkschrift ist als Aufsatz in verschiedenen Zeitschriften abgedruckt, z. B. im Preussischen Verwaltungsblatt und in der Selbstverwaltung.

Dresden. Bestimmungen über die Einführung der gesetzlichen Vormundschaft für die unehelichen Kinder.

Der gesetzliche Vormund (d. i. dasjenige Ratsmitglied, dem die Leitung des Waisenamts übertragen ist) kann sich der städtischen Beamten sowie der in der Armen- oder Waisenpflege ehrenamtlich tätigen Personen bedienen. Wird er oder eine dieser beauftragten Personen nach §§ 832 und 839 des B. G.-B. in Anspruch genommen, so hat die Stadtgemeinde für sie einzutreten, ausgenommen wenn eine vorsätzliche oder grob fahrlässige Amtspflichtverletzung vorliegt. Das Institut ist zunächst versuchsweise auf 3 Jahre (vom 1. Januar 1907 ab) eingeführt.

Dessau. Ordnung für die städtischen Kleinkinderbewahranstalten vom 10. November 1906.

In Anhalt ist die Errichtung derartiger Anstalten Gemeindepflicht auf Grund des Gesetzes vom 12. März 1881, betreffend den Schutz kleinerer Kinder vor den aus mangelnder Beaufsichtigung entstehenden Gefahren. § 2 des zitierten Gesetzes lautet:

„Alle Gemeinden und selbständigen Gutsbezirke, wo ein Bedürfnis dazu vorliegt, unbemittelten Eltern, welche auf Arbeit gehen müssen, Gelegenheit zur angemessenen Unterbringung ihrer kleineren Kinder für die Zeit ihrer Abwesenheit zu verschaffen, sind verpflichtet, für ausreichende Veranstaltungen zur Aufnahme und Beaufsichtigung kleinerer Kinder Sorge zu tragen und zwar je nach Bedarf für die Dauer des ganzen Jahres oder nur in denjenigen Jahreszeiten, wo die weiblichen Mitglieder der Arbeiterfamilien außerhalb des Hauses beschäftigt zu sein pflegen.

Die Gemeindebehörden und Gutsvorsteher sind befugt, für die Benutzung dieser Kinderbewahranstalten eine mäßige Entschädigung von den Eltern usw. der aufgenommenen Kinder zu erheben.“

Fürth. Stiftungsurkunde für die Nathan-Stiftung vom 7. Februar 1907.

Die Stiftung bezweckt die Errichtung eines Wöchnerinnen- und Säuglingsheims und ist mit einem Grundkapital von 300000 M. ausgestattet. Die Stadt überläßt das erforderliche Grundstück im Werte von 50—60000 M.

Zeitschrift für Säuglingsfürsorge

Band 2

1908

Nr. 8

Childrens' Bill.

Von

Arthur und Emmy Keller.

Am 10. Februar 1908 wurde vom Unterstaatssekretär des Home Department, Mr. Herbert Samuel, im englischen Unterhause eine Bill eingebracht, um „das Gesetz, welches sich auf Kinder- und Jugendschutz, sowie auf die reformatory and industrial schools und auf die jugendlichen Verbrecher bezieht, zusammenzufassen und zu verbessern und außerdem das Gesetz, betreffend Kinder und Jugendliche, im allgemeinen zu verbessern“.

Das Wesen der Bill wird wohl am besten verständlich, wenn wir die Rede, mit der Mr. Samuel selbst sie dem Unterhause empfahl, fast wörtlich zitieren. „Es ist die erste Lesung einer Bill, welcher wir keinen engeren Titel geben können als ‚Childrens' Bill‘. Das jetzige Gesetz für Kinderschutz und Behandlung jugendlicher Verbrecher entbehrt der Einheitlichkeit. Die Erfahrung hat die Notwendigkeit einer beträchtlichen Anzahl von Verbesserungen und Erweiterungen gelehrt. Die Regierung hat sich entschlossen, nicht eine Anzahl kleiner Bills in aufeinander folgenden Jahren einzuführen, sondern das Parlament zu bitten, in einer großen und verständlichen Maßnahme eine durchgreifende Festlegung und Verbesserung des Kindergesetzes zum Act zu machen. Eine Bill mit diesem Zwecke konnte in einer überfüllten Session wie diese nicht hoffen, zum Gesetz zu werden, wenn sie nicht mehr oder weniger die Gunst aller Sektionen des Hauses auf ihrer Seite hatte, und wir haben aus diesem Grunde alle Gegenstände, welche wirklich ernsthaft zu Kontroversen führen konnten, aus ihr ausgeschlossen. Wir haben es für klüger gehalten, sogar die Frage des Aufenthaltes der Kinder in publichouses, die doch allgemein in demselben Sinne beantwortet wird, der Behandlung in der Licensing Bill zu überlassen. Die Frage der Beschäftigung von Kindern in Fabriken oder anderweitig erweckt wichtige industrielle Fragen, über die leider keine vollständige Übereinstimmung herrscht. Die Frage der Erziehung gehört natürlich in die Education Acts, und es gibt andere Gegen-

stände, welche wir gern in die Bill eingeschlossen hätten, die wir aber gezwungen waren wegzulassen. Aber sogar trotz dieser Auslassungen ist die Bill eine etwas voluminöse. Die Bill erstreckt sich über das ganze Vereinigte Königreich Großbritannien. In all ihren Teilen kehrt eine gleichmäßige Definition wieder: ein Kind ist eine Person unter dem Alter von 14 Jahren; Jugendliche sind Personen über 14 und unter 16 Jahren.

Der erste Teil der Bill faßt den Infant Life Protection Act 1897 in sich, dessen Zweck war, die Übelstände des ‚baby farming‘ zu beseitigen und den Schutz des Lebens der Pflegekinder zu sichern. Es stellte sich heraus, daß dieser Act in der Praxis unzulänglich war. Sehr viele Schlupflöcher sind da, durch welche übelwollende Menschen seiner Kontrolle entslüpfen können, aber durch eine Serie detaillierter Verbesserungen verstopfen wir diese Löcher und stärken die Kontrolle des Acts. Einen viel umstrittenen Punkt, der mit dieser Maßnahme in Zusammenhang steht, haben wir für den Moment als offene Frage stehen lassen. Der Act von 1897 nahm jene Personen von der Inspektion aus, welche nur ein Pflegekind und nicht mehr als eines aufnahmen und deren Entgelt nicht in einer Pauschalsumme, sondern in periodischen Zahlungen bestand. Seit dieser Act durchgegangen ist, bestand eine lebhaft Meinungsverschiedenheit zwischen den Sachverständigen, ob diese Art von Pflegestellen in den Akt einzuschließen seien. Es fehlt mir jetzt die Zeit, über die Erfolge dieses Streites zu sprechen, aber wir werden das Haus bitten, ein besonderes Komitee für diesen Zweck zu wählen, welches Zeugen verhören und darüber berichten wird, und dessen Beschlüsse, hoffe und erwarte ich, beizeiten uns zugehen werden, um noch der Bill in ihren späteren Stadien einverleibt zu werden.

Der zweite Teil der Bill umfaßt den Prevention of Cruelty to Children Act 1894 mit einer großen Anzahl von Verbesserungen, welche hauptsächlich dazu bestimmt sind, das Gesetz zu stärken und die Tätigkeit derjenigen Gesellschaften, welche eine so bewundernswerte Arbeit in den drei Königreichen für die Verhütung von Grausamkeit gegen Kinder leisten, zu unterstützen. Ich will nur zwei der wichtigsten Paragraphen, die in diesem Teil der Bill vorgeschlagen sind, erwähnen. Jedes Jahr finden etwa 1600 Kinder ihren Tod durch Erdrücken im Bett (overlying), eine Verschwendung von Kinderleben, welche leicht vermeidbar sein und

deren Fortsetzung man verhindern sollte. Wir schlagen in solchen Fällen vor, wenn das Vergehen nicht eine absichtliche Grausamkeit ist, sondern eine Nachlässigkeit, die Strafe leicht zu machen, außer, wenn Betrunkenheit nachgewiesen werden kann. Eine gleiche Anzahl von Kindern kommen Jahr für Jahr durch Verbrennungen und Verbrühungen ums Leben, welche durch ihr Alleinsein in Zimmern mit unverwahrten Feuern verursacht werden. Wir schlagen auch für solche Fälle eine ähnliche Strafe vor, außer, wenn erwiesen wird, daß vernünftige Vorsichtsmaßregeln getroffen worden waren.

Die Vorschläge des dritten Teiles der Bill beziehen sich auf ein Übel, das, an Ausdehnung stetig wachsend und der Jugend außerordentlich verderblich, nach allgemeiner Meinung längst der Abhülfe bedürfte. Ich meine das Übel des Rauchens bei Kindern und Jugendlichen bis zu 16 Jahren. Das Committee of Physical Deterioration empfahl Abhülfe durch das Gesetz, und ein Komitee des Oberhauses, das im Jahre 1906 speziell zur Prüfung dieser Frage gewählt wurde, empfahl dringend und einstimmig eine gleiche Maßnahme, nachdem es viele medizinische und andere Sachverständige gehört hatte. Viele Länder in der ganzen Welt haben bereits eine gesetzliche Regelung dieses Gegenstandes. Wir schlagen vor, den Verkauf von Zigaretten und Zigarettenpapier an Kinder und Jugendliche unter dem Alter von 16 Jahren zu verbieten, sowie den Personen unter dem Alter von 16 Jahren das Rauchen in den Straßen und öffentlichen Plätzen zu untersagen, sie für das erste Vergehen dieser Art nur zu verwarnen, ihnen aber für weitere Vergehen eine leichte Geldstrafe aufzuerlegen. Wir erlauben auch, und dies wird wohl die zweckmäßigste Maßnahme sein, der Polizei und anderen autorisierten Personen, den Tabak zu konfiszieren, welchen diese Knaben, die rauchend in den Straßen und öffentlichen Plätzen gefunden werden, bei sich führen. Wir haben auch einen Paragraphen, der sich mit den Automaten für Zigarettenverkauf beschäftigt.

Der vierte Teil der Bill faßt die Statuten zusammen, welche das jetzige Gesetz in bezug auf reformatory and industrial schools enthält. Die Änderungen, welche wir vorschlagen, sind zu viele und zu kleine, um jetzt besprochen zu werden, aber ich möchte erwähnen, daß wir dem Vorschlage, das Aufnahmealter im reformatory über 16 Jahre zu erheben, nicht willfahren, nicht allein, weil wir kleinere Kinder nicht mit älteren zusammenbringen wollen, sondern

auch, weil mein Freund, der Home Secretary, eine Bill einführen will, die die Gründung einer neuen Art von reformatories für diese älteren Individuen vorschlagen soll. Man hört von Zeit zu Zeit von Fällen von Grausamkeit oder Vernachlässigung in sogenannten Kinderheimen. Einige davon sind betrügerische Institutionen, deren Leiter von den wohlthätigen Beiträgen, welche den verlassenen Kindern gehören sollen, leben. Unter dem jetzigen Gesetz haben wir kein Recht zur Kontrolle dieser Heime, unter dem neuen Gesetz aber soll diese Kontrolle geschaffen werden. Wir behandeln in dieser Bill auch das Kind umherziehender Eltern. Es gibt einige Hunderte von solchen, welche keine Schule besuchen und keine richtige Erziehung erhalten; auch diesem Mißstande soll abgeholfen werden.

Der letzte Teil der Bill behandelt die jugendlichen Verbrecher. Der jugendliche Verbrecher soll nicht mit älteren zusammenkommen, er soll anders behandelt werden wie jene, seine Gerichtshöfe sollen ebenso seiner Wiederaufrichtung wie seiner Strafe dienen. Im ganzen Lande sollen Gerichtshöfe für Jugendliche errichtet werden, denen ein eigenes Sitzungszimmer zur Verfügung steht, und von deren Verhandlungen das große Publikum ausgeschlossen wird. Für London wollen wir einen eigenen Jugendrichter. Auch sollen Kinder bei der Festnahme in einem eigenen Raume verwahrt und nicht in die allgemeinen Gefängnisse gebracht werden. Die Eltern müssen mehr zur Verantwortung für das Aufziehen von verbrecherischen Kindern gezogen werden. Sie werden bei der Verhandlung anwesend sein und in vielen Fällen die Geldstrafe für ihre Kinder zahlen müssen. Wir wollen das Einbringen der Kinder in die allgemeinen Gefängnisse aufheben, denn durch den Aufenthalt dort wird nur die vage Furcht vor dem Gefängnis vernichtet. Wir wollen die Gefängnisstrafe für Kinder bis auf wenige unvermeidbare Fälle aufgehoben wissen. Diese können für eine Zeitlang in die vorher erwähnten, speziellen Untersuchungsgefängnisse für Kinder geschickt werden, es werden aber sehr wenige sein. Es ist nicht leicht gewesen, in den 10 oder 15 Minuten, welche die Regel uns erlaubt, eine Bill über einen so ausgedehnten Gegenstand wie diesen zu erklären, aber ich hoffe, daß ich fähig war, genug zu sagen, um der Bill eine günstige Aufnahme im Hause zu sichern.“

Wir führen aus dem uns vorliegenden Gesetzentwurf die für

uns an dieser Stelle wichtigen Paragraphen, zum Teil im Wortlaut übersetzt¹⁾, zum Teil gekürzt an, von anderen geben wir nur eine kurze Inhaltsangabe. Alle Ausführungsbestimmungen haben wir wegfallen lassen, verweisen diejenigen, die sich für nähere Angaben interessieren, auf die vom House of Commons publizierte Parlamentsdrucksache.

Teil I.

§ 1.

1. Wenn eine Person gegen Entgelt ein Kind im Alter unter 5 Jahren, getrennt von seinen Eltern, in Kost und Pflege nimmt, soll sie binnen 48 Stunden der Lokalbehörde Anzeige hiervon erstatten.

Diese Bestimmung findet keine Anwendung

a) wenn nur ein Kind sich in Kost und Pflege befindet und wenn für dieses das Entgelt in einer regelmäßigen periodischen Zahlung besteht und kein wesentlicher Teil der Bezahlung durch eine Pauschalsumme gedeckt wird;

b) wenn es sich um ein Kind handelt, dessen Aufenthalt in der Pflegestelle 48 Stunden oder weniger beträgt.

2. Wenn eine Person, die bisher ein Kind ohne Entgelt in Kost und Pflege gehabt hat, nunmehr ein Entgelt dafür bekommt, so rechnet dies als Neuaufnahme.

3. Die Anzeige soll Namen, Alter und Geschlecht des Kindes enthalten, den Namen der Person, welche das Kind aufnimmt, die Wohnräume, in denen das Kind gehalten wird und den Namen und die Adresse der Person, die das Kind in Pflege gibt.

gekürzt 4. Betrifft Abmeldungen und Anmeldungen bei Wohnungswechsel der Pflegefrau.

5. Wenn ein solches Kind aus der Pflege genommen wird, so hat die bisherige Pflegefrau binnen 48 Stunden der lokalen Behörde Anzeige zu erstatten, daß und wohin das Kind in andere Pflege getan worden ist.

6. Wenn eine Person versäumt, in der festgesetzten Zeit Anzeige zu erstatten, so hat sie sich eines Vergehens gegen diesen Teil des Acts schuldig gemacht, und wenn das Entgelt für Kost und Pflege des betreffenden Kindes ganz oder teilweise in einer Pauschalsumme bestand, so soll die Person außer der Strafe, die sie für die Verfehlung gegen den Act trifft, die ganze oder einen Teil der Pauschalsumme verwirkt haben, wie es der Gerichtshof entscheidet, und die verwirkte Summe soll für das Wohl des Kindes, nach Gutdünken des Gerichtshofes, angewandt werden. Eine solche Summe wird von Gerichts wegen eingetrieben werden, wie wenn es sich um eingeklagte Beträge handelte.

¹⁾ Wenn die Angabe „gekürzt“ am Rande fehlt, handelt es sich um wörtliche Übersetzung.

§ 2.

1. Jede lokale Behörde ist verpflichtet, für die Ausführungen der oben erwähnten Bestimmungen in ihrem Distrikt zu sorgen, und zu diesem Zwecke soll sie von Zeit zu Zeit Umfrage halten, ob irgendwelche Personen in ihrem Distrikte wohnen, welche ein Kind in Pflege und Kost haben, welches sie anzuzeigen verpflichtet sind.

2. Wenn eine lokale Behörde es für zweckmäßig erachtet, so kann sie eine oder mehrere Personen jedes Geschlechts als „Infant Life Protection Inspectors“ anstellen zum Zwecke, die oben angeführten Bestimmungen durchzusetzen, und wenn irgendwelche Personen in ihrem Distrikt gefunden werden, welche Kinder, zu deren Anzeige sie verpflichtet sind, in Kost und Pflege haben, so soll die lokale Behörde entweder solche Inspektoren anstellen, oder veranlassen, daß die Kinder von schriftlich durch die lokale Behörde als Vollstrecker der Paragraphen dieses Teils des Acts autorisierten Frauen besucht werden.

gekürzt 3. Eine lokale Behörde kann auch andere geeignete Personen zu diesem Zwecke entweder anstellen oder schriftlich autorisieren.

4. Eine lokale Behörde ist auch berechtigt, sich mit einer anderen lokalen Behörde zum Zwecke der Ausführungen der Bestimmungen dieses Teils des Acts unter Bezahlung der daraus resultierenden Kosten zu verbinden.

gekürzt 5. Der Inspektor oder eine der dazu angestellten Personen wird von Zeit zu Zeit die Pflegestellen revidieren, und wenn nötig, in bezug auf die Pflege Rat erteilen und diesbezügliche Anweisungen geben.

6. Wenn irgendeine Person, welche ein solches Kind in Kost und Pflege genommen hat, sich weigert, einem dieser Inspektoren oder einer derartigen Person die Inspektion der Kinder oder der Räumlichkeiten, in welchen sie gehalten werden, zu erlauben, so wird sie sich eines Vergehens gegen diesen Teil des Acts schuldig machen.

7. Wenn einem solchen Inspektor oder einer anderen Person der Zutritt zu solchen Räumlichkeiten im Widerspruch mit diesem Teil des Acts verweigert wird, oder wenn er Gründe hat zu glauben, daß Kinder im Alter unter 5 Jahren in einem Hause oder in Räumlichkeiten im Widerspruch mit diesem Teil des Acts gehalten werden, so kann er sich an einen Richter wenden. Nachdem dieser sich durch schriftliche eidesstattliche Versicherung überzeugt hat, daß ein vernünftiger Grund vorhanden ist, zu glauben, daß ein Vergehen gegen diesen Teil des Acts vorliegt, kann er einen Bürgen stellen, der den Inspektor oder die andere Person autorisiert, die Räumlichkeiten zum Zwecke der Inspektion oder der Feststellung, ob ein Vergehen gegen diesen Teil des Acts vorliegt, zu besichtigen, und wenn der Inhaber der Räume oder eine andere Person den Inspektor oder eine andere Person, welche im Auftrage eines solchen Bürgen handelt, verhindert, so hat sie sich eines Vergehens gegen diesen Teil des Acts schuldig gemacht.

§ 3.

Ein Kind, für welches nach den Bestimmungen dieses Akts Anzeige zu erstatten ist, soll nicht ohne schriftliche Erlaubnis der lokalen Behörde gehalten werden

- a) von einer Person, aus deren Pflege ein Kind bereits unter diesem Teil des Acts entfernt worden ist, oder
 - b) in Räumlichkeiten, aus welchen irgendein Kind bereits unter diesem Teil des Acts aus dem Grunde entfernt worden ist, weil die Wohnräume gefährlich oder ungesund waren, oder
 - c) durch eine Person, welche bereits eines Vergehens gegen Teil II dieses Acts überführt worden ist, oder
 - d) von einer Person, welche von der lokalen Behörde für ungeeignet erklärt worden ist, ein Kind in Pflege zu haben,
- und eine Person, welche ein Kind gegen diese Bestimmungen hält, hat sich eines Vergehens gegen diesen Teil des Acts schuldig gemacht.

§ 4.

gekürzt

Die lokale Behörde hat die Pflicht, die Anzahl dieser anzuzeigenden Kinder unter 5 Jahren, welche in einer Pflegestelle gehalten werden, zu bestimmen, und jede Person, welche ein Kind über die so bestimmte Anzahl hinaus hält, hat sich eines Vergehens gegen diesen Teil des Acts schuldig gemacht.

§ 5.

1. Wenn ein Kind, für das Anzeige zu erstatten ist, gehalten wird
 - a) in Räumlichkeiten, welche überfüllt, gefährlich oder ungesund sind, oder
 - b) von einer Person, welche wegen Nachlässigkeit, Unkenntnis, Trunkenheit oder aus einer anderen ähnlichen Ursache ungeeignet ist, es in Pflege und Kost zu haben, oder
 - c) von einer Person in einer Wohnung, die im Gegensatz zu einer der Bestimmungen dieses Teils des Acts stehen,
 so kann sich jeder Inspektor oder jede angestellte oder zur Ausführung der Bestimmungen dieses Teils des Acts autorisierte Person an die lokale Behörde wenden und um eine Ordre bitten, die ihn anweist, das Kind an einen sicheren Platz zu bringen, bis es seinen Verwandten wieder zurückgegeben werden kann, oder bis anderweitig rechtmäßig Bestimmungen über das Kind getroffen werden können.
2. Jede Person, welche sich weigert, einer solchen Ordre sich zu fügen, wenn sie vorgewiesen und verlesen wird, oder sich dem Inspektor oder einer solchen anderen Person, welcher diese Ausführung übertragen worden ist, widersetzt, wird sich eines Vergehens gegen diesen Teil des Acts schuldig machen, und der Inspektor oder die andere Person kann sich an einen Richter wenden und um eine Ordre bitten, welche die Entfernung des Kindes verordnet, welche Ordre mit Gewalt durchgesetzt werden kann.

§ 6.

1. Falls ein anzuzeigendes Kind stirbt, soll die Person, welche das Kind in Pflege gehabt hatte, binnen 24 Stunden nach dem Tode Anzeige davon an den Coroner des Distrikts, in dem die Leiche liegt, erstatten, und der Coroner soll eine Nachforschung darüber halten, wenn nicht ein ärztliches Zeugnis ihm vorgewiesen wird, das bekundet, daß

der Arzt persönlich das Kind behandelt oder untersucht hat, und das die Todesursache spezifiziert, so daß der Coroner überzeugt ist, daß kein Grund vorliegt, eine Nachforschung zu halten.

2. Wenn eine Person, welche verpflichtet ist, eine derartige Anzeige zu erstatten, dies in der dafür bestimmten Zeit nicht tut, so hat sie sich eines Vergehens gegen diesen Teil des Acts schuldig gemacht.

§ 7.

1. Wenn eine Person, die eine der in diesem Act verlangten Anzeigen erstatten soll, mit Wissen und Willen eine falsche Angabe in einer solchen Anzeige macht oder es verursacht oder beihilft, daß eine andere Person eine solche macht, so hat sie sich eines Vergehens gegen diesen Teil des Acts schuldig gemacht.

gekürzt 2. Bestimmungen über die formelle Erstattung derartiger Anzeigen an die Behörde.

§ 8.

1. Jede Person, welche sich eines Vergehens gegen diesen Teil des Acts schuldig gemacht hat, wird, nachdem sie summarisch überführt ist, zu einer Geldstrafe nicht über 25 Pfund oder zu einer Gefängnisstrafe von höchstens 6 Monaten verurteilbar sein, und der Gerichtshof kann die Ordre erteilen, daß das Kind, in bezug auf welches das Vergehen begangen worden ist, nach einem sicheren Platze überführt wird.

gekürzt 2. Verwendung der Strafgeelder.

§ 9.

1. Die lokale Behörde für die Zwecke dieses Teils des Acts ist
 - a) in bezug auf die County of London außer der City die county council,
 - b) für die City of London der common council,
 - c) sonst die guardians der poor law union.

gekürzt 2. Deckung der Ausführungskosten.

§ 10.

1. Die Bestimmungen dieses Teils des Acts finden keine Anwendung auf Verwandte oder auf gesetzliche Vormünder eines Kindes, welche das Kind in Kost und Pflege haben, ebensowenig auf eine Person, welche ein Kind in Kost und Pflege unter den Bestimmungen irgendeines Akts der Armenfürsorge oder einer Ordre, welche unter einem solchen Akt gemacht ist, nimmt, ebensowenig auch Hospitäler, Rekonvaleszentenheime, ebensowenig Anstalten, welche für Kinderschutz und -pflege gegründet worden sind und religiösen und charitativen Zwecken dienen.

2. Für die Bestimmungen dieses Absatzes bedeutet der Ausdruck „Verwandte“ Großeltern, Brüder, Schwestern, Onkel und Tanten, blutsverwandte oder angeheiratete, und wenn es sich um ein illegitimes Kind handelt, die Personen, welche so mit ihm verwandt wären, wenn das Kind legitim wäre.

Teil II.

Prevention of Cruelty to Children and Young Persons.

Cruelty to Children and Young Persons.

Aus diesem Teile führen wir nur die wichtigsten Änderungen an:

§ 13.

Wenn eine Person über 16 Jahren, welche ein Kind unter 7 Jahren in Pflege oder Aufsicht hat, dem Kinde erlaubt, in einem Raum zu sein, welcher ein offenes und nicht genügend geschütztes Feuer (fire grate) enthält, so daß das Kind Gefahr läuft, verbrannt oder verbrüht zu werden, und wenn diese Person versäumt hat, verständige Vorsichtsmaßregeln gegen diese Gefahr zu ergreifen, und wenn dadurch das Kind getötet wird oder ernsten Schaden erleidet, so soll sie bei summarischer Überführung zur Zahlung einer Geldstrafe von nicht über 10 Pfund verurteilt werden.

§ 14.

Wenn eine Person den Tod eines Kindes durch Erdrücken im Bett (overlying) verschuldet, so soll sie bei summarischer Überführung zur Zahlung einer Geldstrafe von nicht über 10 Pfund oder, wenn der Gerichtshof durch das Zeugenverhör überzeugt ist, daß die Person, welche den Tod verursachte, zu jener Zeit unter dem Einfluß der Betrunkenheit stand, zu einer Geldstrafe nicht über 25 Pfund oder statt dessen oder im Falle der Nichtzahlung dieser Geldstrafe oder außer dieser Geldstrafe noch zu Gefängnis mit oder ohne Zwangsarbeit auf jeden Zeitraum bis zu 3 Monaten verurteilt werden.

§ 22.

gekörrt Sogenannte Kinderheime, die durch freiwillige Beiträge unterhalten werden, werden von Zeit zu Zeit inspiziert.

Um den Fortschritt zu zeigen, den das neue Gesetz bedeutet, ist es nötig, einen kurzen Überblick über die wichtigsten Unterschiede zwischen dem alten Gesetze und der neuen Bill zu geben. Auffallend ist die Diskussionsbemerkung eines der Redner, welcher sagt, daß vor einem halben Jahrhundert eine solche Bill in England unmöglich gewesen und als revolutionär betrachtet worden wäre. Auch ist es bemerkenswert, daß das Gesetz sich auf das ganze Vereinigte Königreich Großbritannien erstreckt.

In Teil I.

§ 1.

1. Die Änderung besteht darin, daß bei Bezahlung einer Pauschalsumme für das Kind jedes Kind anzumelden ist, während das frühere Gesetz bestimmte, daß bei Pauschalsummen über 20 Pfund das Kind nicht angemeldet werden mußte; ebenso ist das anmeldepflichtige Alter von 2 Jahren auf 5 Jahre erhöht.

2. Neu ist der Zusatz, daß eine Person, welche für die Pflege eines Kindes, das sie vorher unentgeltlich gehalten hatte, für das sie später aber

Bezahlung nimmt, in diesem Falle das Kind anmelden muß, als wenn sie es neu in Pflege genommen hätte.

4. Anmeldebestimmungen bei Wohnungswechsel fehlen im Act von 1897 ganz und gar.

6. Die Pauschalsumme ist verwirkt neben jeder anderen Strafe, die das Gericht gegen Vergehen dieses Acts der betreffenden Person auferlegt.

§ 3.

Absätze b und d neu, Absatz c erweitert.

§ 5.

1. a) Das Neue daran ist, daß die Räumlichkeiten, in denen das betreffende Kind ist, nicht unbedingt so schlecht sein müssen, daß die Gesundheit des Kindes geschädigt ist, sondern man kann jetzt das Kind entfernen, wenn sie einfach für schlecht erklärt werden.

b) Ebenso ist es mit der Person.

c) Durch eine Person in Lokalitäten, welche in Widerspruch mit einer der Abteilungen dieses Teils des Acts stehen.

Die übrigen Änderungen betreffen administrative oder Ausführungsbestimmungen, die wohl kaum von allgemeinem Interesse sein werden.

Teil II.

Neu sind die Paragraphen 13, 14 und 15, d. h. die Strafen wegen Verbrechen oder Verbrühen der Kinder und wegen overlying.

Neu ist auch § 22, die Möglichkeit, sogenannte Kinderheime, die durch freiwillige Beiträge erhalten werden, zu inspizieren.

Die Debatte vor der zweiten Lesung im Parlament am 24. März und 1. April 1908 entwickelte sich sehr lebhaft. Sie wurde eingeleitet durch den Lord Advocate, der in ausgezeichnete Rede die einzelnen Positionen erklärte und begründete. Von den Diskussionsrednern stimmte die überwiegende Mehrzahl den Vorschlägen der Bill in vollem Umfange zu, ging sogar in Einzelheiten noch darüber hinaus. Neben diesen trat, wie nicht anders zu erwarten war, eine Reihe von Leuten auf, die an den bisherigen Zuständen kaum etwas auszusetzen fanden. Ein lebhafter Kampf entspann sich wegen des § 1 Absatz 1a bei der Frage, ob die Personen, welche nur ein Kind gegen periodische Zahlung in Pflege haben, von der Anzeige und Kontrolle zu befreien sind oder nicht. Dabei wurden von einzelnen Rednern die Gründe geltend gemacht, die von jenen privaten Wohltätigkeitsvereinen, denen eine Änderung dieses Paragraphen aus rein egoistischen Gründen nicht zusagt und die deswegen von vornherein energisch dagegen Front gemacht haben¹⁾, ins Feld

¹⁾ Es sind dieselben Vereine, welche aus religiösen und moralischen Gründen Mutter und Kind sofort nach der Entlassung aus dem Entbindungs-

geführt werden. Sie behaupten, durch eine derartige Bestimmung würden den Pflegekindern gerade die besten Pflegestellen verschlossen werden, es würden sich überhaupt kaum noch genug Pflegestellen finden lassen. Zum Anwalt dieser Vereine machte sich einer der Redner (Guiness). Er betonte, wohlthätige Gesellschaften, die sich bestreben, Frauen wieder aufzurichten, die das Unglück gehabt hätten, ein illegitimes Kind zu haben, würden durch die Anmeldung der Einzelkinderpflege und durch die behördliche Kontrolle in ihrem Bestreben gestört werden.

Daß durch eine verständig ausgeübte Kontrolle keine Familie sich abhalten läßt, ein Kind in Pflege zu nehmen, außer eben, wenn sie die Kontrolle zu fürchten hat, hat sich bei uns in Deutschland gerade in den Städten gezeigt, in denen die Kontrolle über alle unehelichen Kinder durchgeführt wird. Mag auch wirklich im Anfange die Pflegerin einmal auf Widerstand stoßen, es dauert nicht lange, bis die pflegerische Aufsicht und Beratung auch von den Pflegeparteien als Annehmlichkeit empfunden wird. Dieselbe Anschauung ist auch bei den Beratungen unter den Sachverständigen in England zum Ausdruck gekommen. Der Vorsitzende des betreffenden Komitees, Ellis, berichtet im Gegensatz zu der oben angeführten Anschauung, daß bei eingehender Prüfung sich gerade in der Einzelkinderpflege überraschend viele Fälle von Mißhandlung und schlechte hygienische Verhältnisse gefunden haben. Infolgedessen hat sich das Komitee einstimmig dafür erklärt, daß die Ausnahmestellung des gegen periodische Bezahlung in Einzelpflege untergebrachten Kindes aus der Bill wegfallen muß. Um die Härten zu vermeiden, wird vom Komitee vorgeschlagen, einzelne Familien, die vom Inspektor als gut und einwandsfrei befunden sind, von der Kontrolle zu befreien. Nach der bei der Debatte vorherrschenden Stimmung ist trotz des Widerstandes jener Wohlthätigkeitsvereine wohl zu erwarten, daß der Vorschlag des Komitees in die Bill übergeht.

Daß sich einzelne Redner auch gegen die Bestrafung fahrlässigen Erdrückens, Verbrühens und Verbrennens wenden, wird nach dem Angeführten nicht wundernehmen. Demgegenüber verdient die Stellung hervorgehoben zu werden, welche einer der Herren (Allen) diesen Fahrlässigkeiten gegenüber einnimmt: er

heim trennen, das Kind in fremder Pflege unterbringen und dadurch die Mütter zu retten vermeinen.

will Bestrafung der Eltern, wenn sie es bei Erkrankung des Kindes versäumt haben, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und dadurch das Kind körperlich oder geistig geschädigt haben.

Lesenswert sind auch die Äußerungen über die Industrial schools, deren Lob von allen Seiten ausgesprochen und deren Notwendigkeit auch in kleineren Städten anerkannt wird. Es würde uns zu weit führen, auf alle Einzelheiten der Bill einzugehen. Jedenfalls bedeutet die Bill einen ganz erheblichen Fortschritt, und nur die Rücksicht auf die Prüderie und die verkehrten moralischen Anschauungen in gewissen Kreisen bestimmte das Home office, in seinen Forderungen nicht weiter zu gehen, sondern die Bill auf solche Bestimmungen zu beschränken, die im Vergleich zu der Gesetzgebung in anderen Kulturstaaten als sehr gemäßigt bezeichnet werden müssen.

Über die letzte Lesung und die endgültige Fassung der wichtigsten Paragraphen des Infant Life Protection-Teils werden wir, falls wesentliche Änderungen vorgenommen werden, berichten.

Benutzte Drucksachen.

(60 & 61 Vict.) Infant Life Protection Act 1907. (Ch. 57.) Eyre and Spottiswoode, East Harding Street, Fleet Street E. C.

Childrens' Bill (Bill 69). Wyman and Sons Ltd., Fetter Lane E. C. und 32 Abingdon Street Westminster S.W.

Childrens' Bill. Tables of Comparison between the Provisions of the Bill and Existing Enactments. Wyman and Sons Ltd., Fetter Lane E. C.

The Parliamentary Debates. Vol. 183 No. 9, first volume of session Monday 10th February. Wyman and Sons Ltd., Fetter Lane E. C.

The Parliamentary Debates. Vol. 186 No. 8, fourth volume of session Tuesday 24th March. Wyman and Sons Ltd., Fetter Lane E. C.

The Parliamentary Debates. Vol. 187 No. 3, fifth volume of session Wednesday 1st April. Wyman and Sons Ltd., Fetter Lane E. C.

Jahresbericht der städtischen Säuglingsfürsorgestelle zu Halle a. S.

Von
Dr. B. Boye.

Nach längeren Verhandlungen und Beratungen wurden im Jahre 1906 von der Stadt Halle 3000 Mark für die Errichtung einer städtischen Säuglingsfürsorgestelle bewilligt (1200 Mark zur Besoldung eines spezialistisch ausgebildeten Assistenten, 1800 Mark zur Bestreitung der übrigen Ausgaben). Da die Sprechstunden der Fürsorgestelle in den Räumen der Königlichen Universitätskinderpoliklinik abgehalten werden, deren Direktor, Herr Professor Dr. Stöltzner, zugleich Leiter der städtischen Säuglingsfürsorgestelle ist, so waren größere Aufwendungen für Miete und Einrichtung eines Fürsorgelokales nicht nötig. Die Sprechstunden der Säuglingsfürsorgestelle finden morgens von 8—9 Uhr, die der Kinderpoliklinik nachmittags von 2—4 Uhr statt, so daß jedwede Kollision der gesonderten Betriebe vermieden ist.

Wie anderswo, so sollen auch in unsrer Fürsorgestelle nur solche im ersten Lebensjahr stehenden Kinder überwacht werden, die im wesentlichen als gesund zu bezeichnen sind. Kranke Kinder sollen dem Privatarzt, der Kinderpoliklinik oder den jeweiligen andern geeigneten Polikliniken überwiesen werden. Dies Prinzip wurde zuerst nicht ganz strikte eingehalten, späterhin aber immer strenger durchgeführt. Der Erfolg dieser Maßnahme war, daß im zweiten Halbjahr des abgeschlossenen Berichtsjahres keiner der in Fürsorge befindlichen Säuglinge mehr starb, während im ersten Halbjahr öfter Todesfälle vorkamen.

Daß Brust- und Flaschenkinder mit leichteren Verdauungsstörungen auch weiterhin von der Säuglingsfürsorgestelle in Behandlung bzw. Überwachung genommen wurden, ist selbstverständlich. Die Ursachen dieser Störungen wurden durch genaue Erkundigungen über die Ernährungsweise usw. klargelegt, und es wurde durch Verordnungen Abhilfe geschafft. Die möglichst

häufige Benutzung der Kinderwage leistete uns dabei die besten Dienste.

Von größter Wichtigkeit, ja als eine Hauptaufgabe, erschien es uns, die Mütter immer wieder eindringlich auf den Wert des Stillens hinzuweisen.

Über jeden Säugling wurde ein ausführliches Journal geführt. Außerdem wurde für das statistische Amt der Stadt Halle jedesmal ein Frageblatt ausgefüllt über die äußeren Lebensbedingungen, in denen der Säugling aufwuchs (Wohnung, Stand und Einkommen der Eltern usw.). Das Material dieser statistischen Aufzeichnungen ist für eine Bearbeitung jetzt noch zu klein, wird aber nach einer Reihe von Jahren von Wert sein.

Im ersten Jahre ihres Bestehens, vom 1. April 1907 bis 31. März 1908, wurde die städtische Säuglingsfürsorgestelle für 375 Säuglinge (201 männlichen, 174 weiblichen Geschlechts) in Anspruch genommen. Die Anzahl der für diese 375 Kinder stattgehabten Konsultationen betrug 1660. Es kommen demnach 4,4 Konsultationen auf je 1 Kind.

Über die Verteilung der Neuaufnahmen und Konsultationen auf die einzelnen Monate gibt Tabelle I Aufschluß.

Tabelle I.

Monat	Neu- aufnahmen	Zahl der Konsultationen
1907 April . . .	40	89
Mai . . .	37	143
Juni . . .	41	175
Juli . . .	40	199
August . . .	48	220
September . .	36	193
Oktober . .	38	186
November . .	15	114
Dezember . .	17	90
1908 Januar . .	16	83
Februar . .	24	71
März . . .	23	97
Sa.	375	1660

Von den 375 Säuglingen waren 334 ehelicher, 41 unehelicher Abkunft. Im April 1908 erhielten die Mütter bzw. Pflegemütter sämtlicher 375 Kinder von uns eine schriftliche Einladung, ihre Kinder noch einmal in die Fürsorgestelle zu bringen, resp. Bericht

über deren Schicksal zu erstatten. Daraufhin kam die größere Anzahl der Frauen, welche die Fürsorgestelle mehrmals konsultiert hatten, noch einmal. Ein geringer Rest dieser mehr oder weniger lange überwachten Kinder mußte von uns in der Wohnung aufgesucht werden, weil selbst mehrmalige Bestellbriefe keinen Erfolg hatten.

84 Kinder waren nur einmal in der Säuglingsfürsorgestelle gewesen, davon 10 uneheliche.

Auf die erwähnte Aufforderung hin wurden im April 1908 von diesen 84 Kindern 25 noch einmal vorgestellt, von 6 Kindern wurde gemeldet, daß sie inzwischen gestorben seien. Über das Schicksal der 53 übrigen Kinder konnten wir keine Nachrichten erhalten.

Von 13 mehrmals in der Sprechstunde gewesenen Kindern brachte die Post die Bestellbriefe als unbestellbar zurück. Eine ausreichende Jahresstatistik kann daher nur über 375 — 66, d. h. 309 Kinder geliefert werden. Die Beobachtungsdauer der 291 öfter als einmal in die Sprechstunde gebrachten Kinder geht aus Tabelle II hervor.

Tabelle II.

	Eheliche Kinder	Uneheliche Kinder
Bis $\frac{1}{2}$ Monat . . .	83	7
" 1 " . . .	43	6
" 2 " . . .	49	8
" 3 " . . .	22	4
" 4 " . . .	17	1
" 5 " . . .	21	1
" 6 " . . .	10	—
" 7 " . . .	4	1
" 8 " . . .	3	—
" 9 " . . .	3	—
" 10 " . . .	2	2
" 11 " . . .	2	—
" 12 " . . .	—	1
Sa.	250	31

Diese Tabelle enthält insofern eine Ungenauigkeit, als ein Teil der aufgeführten Säuglinge sich jetzt noch in Überwachung befindet. Die Beobachtungsdauer dieser Kinder verlängert sich also noch.

Aus Tabelle III geht für sämtliche 375 Kinder die Art der Ernährung zur Zeit ihrer Aufnahme hervor. Wir erfahren, daß von den in verschiedenen Lebensmonaten des ersten Jahres stehenden Kindern bei ihrer Aufnahme 142 ausschließlich Brust, 55 Brust und Flasche zugleich erhielten. 178 wurden künstlich genährt.

Tabelle III.

Monate alt	Brust	Allait. mixte	künstl. Ernährung	Sa.
0— $\frac{1}{2}$	6	—	2	8
$\frac{1}{2}$ —1	33	3	11	47
1—2	51	15	32	98
2—3	22	9	30	61
3—4	9	3	17	29
4—5	9	5	20	34
5—6	6	4	14	24
6—7	4	5	14	23
7—8	—	5	14	19
8—9	1	2	7	10
9—10	1	2	10	13
10—11	—	1	2	3
11—12	—	1	3	4
Über 12	—	—	2	2
Sa.	142	55	178	375

Wertvoller als diese Zahlen bei den Neuaufgenommenen sind die der Tabelle IV. Hier ist aus den Journalen zusammengestellt,

Tabelle IV.

		Brust resp. Brust und Flasche erhielten:	
		Eheliche Kinder	Uneheliche Kinder
0— $\frac{1}{2}$ Monate	. .	32	10
$\frac{1}{2}$ —1	" . .	24	4
1—2	" . .	49	4
2—3	" . .	39	3
3—4	" . .	21	3
4—5	" . .	18	—
5—6	" . .	23	—
6—7	" . .	18	—
7—8	" . .	10	—
8—9	" . .	12	1
9—10	" . .	12	—
10—11	" . .	8	—
11—12	" . .	20	—
Über 12	" . .	5	—
Sa.		291	25

wie lange insgesamt jedes Kind die Brust bzw. Brust und Flasche erhielt. Jedoch ist auch hier wieder eine Fehlerquelle vorhanden; denn nicht für alle 375 Kinder erstreckt sich die Beobachtungsdauer über eine gleich lange Zeit, z. B. über ein Jahr. Ein Teil der in den letzten Monaten aufgenommenen Säuglinge ist noch nicht ein Jahr alt und wird zurzeit noch überwacht, ein anderer Teil aber war nur einmal in der Sprechstunde. Für die letzteren Kinder versuchten wir, wie erwähnt wurde, durch nochmaliges Bestellen am Jahresschluß den Fehler möglichst zu verkleinern.

Hiernach haben von den 334 ehelich geborenen Kindern 291 Brust bzw. Brust und Flasche zugleich erhalten. Gar keine Brustnahrung bekamen 43 eheliche Kinder, d. h. 12,8 %.

Von den 41 unehelichen Kindern wurden 25 natürlich ernährt, 16 ausschließlich künstlich, d. h. 39 %.

Verhältnismäßig hoch ist die Zahl der ehelichen über 5 Monate an der Brust genährten Kinder (108), d. h. fast $\frac{1}{3}$ von 334 Kindern oder 32,3 %.

Von den unehelichen erhielt nur 1 Säugling die Brust länger als 5 Monate.

Auffallend groß ist die Zahl der ausschließlich künstlich Genährten bei den Kindern, die nur einmal zur Fürsorgestelle gebracht worden waren. Von den 76 nur einmal dagewesenen ehelichen Kindern erhielten 16 gar keine Brust, von den 10 unehelichen wurden sogar 7 gar nicht gestillt.

Von einer uns unbekannten Wohltäterin wurden der Säuglingsfürsorgestelle durch Vermittlung des Herrn Geheimrat Mekus, hier, 500 M. überwiesen. Dies Geld wurde hauptsächlich als Stillprämien verausgabt. Um bedürftigen Frauen für möglichst lange Zeit das Stillen zu ermöglichen, erhielten 10 Frauen eine wöchentliche Unterstützung von 2 bzw. 4 M. Am längsten (19 Wochen) wurde die 4 M.-Prämie an die Mutter eines unehelichen Säuglings ausgezahlt. Sein Gewicht hob sich während dieser Zeit von 4660 auf 7440 g.

Von den Krankheiten, die bei den Säuglingen der Fürsorgestelle vorkamen, nimmt die Rachitis an Häufigkeit bei weitem den ersten Platz ein. Sie ist selbst bei Brustkindern so häufig, daß man geneigt sein könnte, sie kaum noch als einen pathologischen Zustand anzusehen, zumal sie selber meist nicht das Leben gefährdet, sondern erst andre in ihrer Begleitung oder sekundär auftretende Leiden.

Bei einer summarischen Durchsicht der Journale finden wir, daß 235 Kinder sichere rachitische Symptome aufwiesen, 140 von solchen frei waren. In Wahrheit aber waren sicherlich mindestens zwei Drittel der 375 Kinder rachitisch, denn unter den 140 angeblich rachitisfreien stellen die 86 nur einmal der Säuglingsfürsorgestelle zugeführten Kinder das Hauptkontingent. Eine große Anzahl dieser letztgenannten Kinder hätte sich bei einer nochmaligen Untersuchung am Jahresende sicherlich als rachitisch erwiesen, denn gerade bei dieser Generalrevision hatten viele Kinder Zeichen von englischer Krankheit, bei denen früher solche nicht gefunden waren.

Die Annahme, daß zwei Drittel von den 375 Kindern rachitisch waren, gewinnt an Wahrscheinlichkeit, wenn man von uns erfährt, daß von den 10 besonders genau beobachteten, mit Stillprämiën bedachten Kindern 6 in ihrem 3. Lebensmonat rachitisch waren (Craniotabes). Ein Säugling wies mit 8 Monaten eine Spur von Rosenkranz auf, ein anderer, der am Jahresschluß nicht noch einmal gezeigt wurde, lief mit 13 Monaten noch nicht allein. Nur 2 Kinder wurden als rachitisfrei befunden. Sie standen aber am Abschluß des Berichtsjahres erst im 7. bzw. 4. Lebensmonate, und sind also vor einem späteren Ausbruch der englischen Krankheit durchaus noch nicht sicher bewahrt.

Diese Beobachtungen sind sehr bemerkenswert. Denn diese 10 Kinder erhielten alle mindestens 5 Monate lang die Brust, einige von ihnen sehr viel länger (eins bis zum 11. Monat).

Wie vorher erwähnt wurde, gelang es uns bei der Revision am Schluß des Berichtsjahres, das Schicksal von 309 Kindern in Erfahrung zu bringen. Es stellte sich dabei heraus, daß von diesen 309 Kindern insgesamt 42 gestorben waren (13,6%). Vorher, im Laufe des Jahres, waren uns nur 12 Todesfälle gemeldet worden. Fast ein Drittel von den 42 verstorbenen Kindern, nämlich 13, war unehelicher Abkunft. Diese Zahl ist erstaunlich hoch, denn es kamen überhaupt nur 41 uneheliche Kinder zur Fürsorgestelle. Die Mortalität der 41 illegitimen Säuglinge beträgt demnach 31,7%. In Wirklichkeit aber ist sie vielleicht noch größer, denn über den Verbleib von 6 unehelichen Kindern vermochten wir am Ende des Berichtsjahres keine Nachrichten zu erhalten.

Die Beobachtungsdauer überschritt bei keinem der 42 gestorbenen Kinder die Zeit von 4 Monaten. Hingegen wurden

20 Kinder nur bis zu $\frac{1}{2}$ Monat überwacht, wie aus folgender Zusammenstellung hervorgeht.

Bis $\frac{1}{2}$ Monat	20
„ 1 „	8
„ 2 „	3
„ 3 „	1
„ 4 „	4
„ 5 „	—
„ 6 „	—
„ 7 „	—
„ 8 „	—
„ 9 „	—
„ 10 „	—
	<hr/> Sa. 36

6 Kinder waren nur einmal in der Sprechstunde;

2mal da waren	7 Kinder
3 „ „ „	4 „
4 „ „ „	3 „
5 „ „ „	4 „
6 „ „ „	5 „
7 „ „ „	5 „
8 „ „ „	2 „
9 „ „ „	2 „
10 „ „ „	1 „
Öfter als 10mal da waren	3 „

Wie schon früher berichtet wurde, waren in den ersten Monaten des Bestehens der Säuglingsfürsorgestelle die ernstlich kranken Kinder nicht so streng und prinzipiell, wie dies späterhin geschah, der Kinderpoliklinik überwiesen worden. So kam es, daß einige Kinder, die moribund gebracht wurden, noch am selben Tage starben.

Für die Mehrzahl der Todesfälle, die am Schluß des Berichtsjahres gemeldet wurden, ist bemerkenswert, daß sie meistens Kinder betrafen, die wochen-, ja monatelang vor ihrem Exitus nicht zur Fürsorgestelle gebracht worden waren, die also eigentlich gar nicht mehr überwacht wurden.

Von den 42 gestorbenen Kindern litten bei ihrer Aufnahme an:

Atrophie (bzw. angeborener Schwäche). 7 (3 Frühgeb.)
 Brechdurchfall 18

Nabelsepsis	2
Furunkulose	1
Keuchhusten	2
Lymphadenitis	1
Gesund waren	11

Die Todesursache war:

bei 20 Kindern	Magendarmkatarrh
„ 7 „	Keuchhusten
„ 3 „	Krämpfe
„ 2 „	Lungenentzündung
„ 1 „	Tuberkulose
„ 2 „	Nabelsepsis
„ 1 Kind	Sepsis (v. Furunkulose)
„ 1 „	Lebensschwäche

Bei 5 Kindern blieb die Todesursache unbekannt.

Es starb demnach fast die Hälfte der Kinder an Krankheiten der Verdauungswege, und es dürfte interessant und wertvoll sein, an dieser Stelle zu berichten, in welcher Weise die 42 gestorbenen Kinder ernährt worden waren.

Es bekamen nur Brust 3 Kinder, nur Zwiemilch erhielt 1 Kind, nur künstliche Nahrung erhielten 11 Kinder, kurze Zeit Brust, dann Zwiemilch 3 Kinder, Brust bzw. Zwiemilch, dann künstliche Nahrung 24 Kinder.

Die geringe Anzahl der Brustkinder und die große Zahl der künstlich genährten Kinder spricht beredt für die Vorteile der natürlichen Ernährung.

Die Todesfälle verteilen sich in folgender Weise auf die 12 Monate des Berichtsjahres.

Es starben im

April	1907	2 Kinder
Mai	„	2 „
Juni	„	1 „
Juli	„	6 „
August	„	6 „
September	„	3 „
Oktober	„	6 „
November	„	6 „
Dezember	„	6 „

Januar	1908	. . . . .	3	Kinder
Februar	"	. . . . .	1	"
März	"	. . . . .	3	"

Bei einem Kinde konnten wir den Todesmonat nicht erfahren.

Beim Eintritt des Todes standen in einem Alter von

0— $\frac{1}{2}$ Monat	. . . . .	0	Kinder
$\frac{1}{2}$ —1 "	. . . . .	0	"
1—2 Monaten	. . . . .	6	"
2—3 "	. . . . .	2	"
3—4 "	. . . . .	10	"
4—5 "	. . . . .	3	"
5—6 "	. . . . .	8	"
6—7 "	. . . . .	4	"
7—8 "	. . . . .	3	"
8—9 "	. . . . .	2	"
9—10 "	. . . . .	1	"
10—11 "	. . . . .	1	"
11—12 "	. . . . .	1	"

d. h. es starben 29 Kinder in den ersten 6 Lebensmonaten; von einem Kind blieb das Alter unbekannt.

Zum Schlusse erscheint es uns von Wichtigkeit, einige der von uns gewonnenen Zahlen mit denen zu vergleichen, welche im Februarbericht 1908 des Statistischen Amtes der Stadt Halle über die Säuglingssterblichkeit hierselbst verzeichnet sind. Es stellt sich dabei heraus, daß die Mortalitätsprozentzahl (13,6 %) unserer Säuglinge im ersten Lebensjahr niedriger ist als die der gleichaltrigen Kinder des Februarberichts. Nach diesem Bericht starben nämlich im Jahre 1907 von 100 Lebendgeborenen im ersten Lebensjahr 20,1 %.

Ungünstiger hingegen ist unsere Sterblichkeitsquote für die unehelichen Kinder. Sie hat sich nach dem Bericht des Statistischen Amtes in den letzten 3 Jahren unter 29 % gehalten. Wir aber hatten eine Mortalität von 31,7 %. Doch ist hierbei zu berücksichtigen, daß unsre Ziffer von einem sehr kleinen Material gewonnen wurde, denn es waren überhaupt nur 41 uneheliche Säuglinge in der Fürsorgestelle. Diese 41 Kinder aber waren fast alle wirklich krank, denn die gesunden illegitimen Kinder unterstehen in Halle der ständigen Kontrolle des Ziehkinderarztes, werden also nicht in die Fürsorgestelle gebracht.

Herr Professor Dr. Hesse, der Direktor des Statistischen Amtes der Stadt Halle, stellt am Schlusse jenes Berichtes über die Säuglingssterblichkeit zu Halle fest, daß die von der Stadt Halle gegen die Säuglingssterblichkeit getroffenen Maßnahmen (Abgabe von sterilisierter Kuhmilch seit 1902 und Errichtung einer Säuglingsfürsorgestelle 1907) bis jetzt einen greifbaren Erfolg nicht gehabt hätten, und daß im letzten Jahrfünft 21,7 % der Lebendgeborenen, d. i. nur 1,1 % weniger als in der vorhergehenden Periode gestorben seien. Er ist der Ansicht — und er stützt diese Ansicht in einleuchtender Weise durch Zahlen — daß die Abnahme allein durch die beiden letzten Jahre 1906 und 1907 verursacht worden ist, in denen die Zahl der an Verdauungskrankheiten gestorbenen Säuglinge wesentlich zurückgegangen ist. Dies aber sei lediglich den kühlen und feuchten Sommermonaten zuzuschreiben.

Das klingt wenig ermutigend. Doch bleibt die Hoffnung, daß es uns im Laufe der Zeit doch noch gelingen möge, mit der städtischen Säuglingsfürsorgestelle in Halle größere und greifbare Erfolge zu erzielen, wenn diese noch junge Einrichtung erst bekannter geworden ist und mehr in Anspruch genommen wird als bisher.

Ein Mahnwort an römische Mütter.

Von

Marianne Schrutka von Rechtenstamm,

Leiterin der Säuglingspflegerinnenschule am St. Anna Kinderspital in Wien.

Aulus Gellius, ein emsiger römischer Kompilator, der zur Zeit Hadrians philosophischen Studien in Athen oblag, hat in seinen „Attischen Nächten“ Auszüge aus griechischen und römischen Schriftstellern zu einem Werke von 20 Büchern vermischten Inhalts gesammelt. Ohne so irgendeinen selbständigen literarischen Wert zu behaupten, bietet dieses Buch doch wegen zahlreicher Fragmente aus verlornen Schriften der klassischen Autoren und wegen wichtiger Beiträge zu Geschichte und Kulturgeschichte reiches Interesse. Das hier mitgeteilte Kapitel, Aussprüche des Sophisten Favorinus aus Arelate (Arles), der als Philosoph in Athen und Rom Schule machte, beweist, wie alt der Kampf lauter denkender Menschen gegen die Unsitte des Ammenwesens ist, und wie neben den berechtigten Klagen gegen die Bequemlichkeit und Pflichtvergessenheit in wohlhabenden Kreisen, Vorurteile, die heute noch gang und gäbe sind, vor mehr als 17 Jahrhunderten die Gemüter bewegten. Der Artikel, auf den mich der Professor des römischen Rechtes an der Wiener Universität, Dr. Moriz Wlassak, aufmerksam gemacht hat, folgt in genauer, doch moderner Anschauung möglichst zugänglich gemachter Übersetzung.

Aus dem 12. Buch der Attischen Nächte des A. Gellius.

I. Die Abhandlung des Philosophen Favorinus, welcher den vornehmen Frauen rät, die Kinder, welche sie geboren haben, nicht durch Ammen, sondern mit der eigenen Milch zu ernähren.

Es ist einmal dem Philosophen Favorinus in unserer Gegenwart berichtet worden, daß die Frau eines seiner Hörer und Anhänger eben in die Wochen gekommen sei und ihren Gatten durch die Geburt eines Knaben erfreut habe.

Da sagte Favorinus: „Gehen wir den Knaben anzusehen und den Vater zu beglückwünschen.“ Dieser war von senatorischem Range und aus vornehmer Familie. Alle, die wir gegenwärtig

waren, machten wir uns auf und begleiteten den Philosophen auf den Weg zu dem Hause, dem er zuschritt, und traten zugleich mit ihm ein. Gleich in der Vorhalle umarmte er den Mann, beglückwünschte ihn und setzte sich an seiner Seite nieder. Nachdem er sich hatte berichten lassen, wie lange die Niederkunft gewährt hatte und ob das Kreißen schwer gewesen war, erfuhr er, daß die junge Frau (puella), von den Wehen und den Nachtwachen ermüdet, eingeschlummert sei. Er beschloß nun, sich eingehend auszusprechen und begann: „Ich zweifle nicht, daß die glücklich Entbundene den Sohn mit ihrer eigenen Milch ernähren wird.“ Da nun aber die Mutter der jungen Frau einwendete, daß man die Wöchnerin schonen und dem Knaben Ammen beistellen müsse, damit nicht zu den Schmerzen, die sie im Gebären ertragen hatte, noch die schwere und anstrengende Pflicht (munus) des Säugens trete, rief der Philosoph aus: „Ich bitte dich, o Frau, laß sie doch ganz und gar Mutter dieses ihres Sohnes sein! Was wäre das für ein unvollkommenes, halbes, mit der Natur im Widerspruch stehendes Muttergeschlecht (matris genus), das ein Kind gebiert und es gleich wieder von sich stößt? Das im Mutterleibe ein unbekanntes unsichtbares Wesen mit seinem Blute aufzieht und nun den gebornen, sichtbaren, lebenden Menschen, der (weinend) die mütterlichen Pflichten anruft, nicht mit eigener Milch nähren will? Glaubst du denn,“ fuhr er fort, „die Natur habe den Weibern die Brustwarze gleichsam als zierendes Muttermal (venustiores naevulos), um die Brust zu schmücken gegeben, und nicht um damit ihre Kinder zu nähren? Es gibt solche unnatürliche Weiber, die — was Euch ferne steht — es darauf anlegen, diese heiligste Quelle des Körpers, die Erhalterin des menschlichen Geschlechtes trocken zu legen (arefacere) und zu vernichten, selbst auf die Gefahr hin, daß die zurückgestaute und verdorbene Milch ihnen Schaden bringe. Als ob diese Quelle ihnen die Zier ihrer Schönheit rauben würde! Und das tun sie mit derselben Herz- und Sinnlosigkeit (vecordia), mit der sie durch gewissen hinterlistigen Betrug sich bemühen, die Frucht, die sie in ihren Schoß empfangen haben, abgehen zu lassen, damit ihr glatter Leib nicht verrunzele und von der Last (der Schwangerschaft) und der Plage der Geburt erschlafe. Wenn es die öffentliche Verachtung und allgemeinen Abscheu herausfordert, einen Menschen in seinen ersten Anfängen, während er unter den Händen der Künstlerin Natur sich bildet

und beseelt, zugrunde gehen zu lassen, ist es nicht noch schlimmer, den fertigen, geborenen, den Sohn der Nahrung aus eigenem, gewohnten, vertrauten Blute zu berauben?“

„Aber es macht doch keinen Unterschied,“ wird man einwenden, „wenn das Kind nur lebt und ernährt wird, mit wessen Milch dies geschieht!“ „Sagt mir, ist jemand, und sei er noch so harthörig und begriffstüchtig dem Walten der Natur gegenüber, je der Meinung, daß es keinen Unterschied ausmache, aus wessen Blut ein Mensch entstanden und in wessen Leib er gewachsen und reif geworden ist? Und nun, da er in Lufthauch und Sonnenwärme weiß geworden ist (exaluit), soll das Blut, das in der Gebärmutter für ihn da war, in den Brüsten für ihn nicht mehr vorhanden sein? Wird nicht auch darin die Triebkraft (sollertia) der Natur klar, daß sie, nachdem sie im Innern des Mutterschoßes den Leib des Kindes formte, sich nun in die äußeren Teile zieht und bereit ist, wenn die Geburt vorüber, von da aus das zarte Lebensfünkchen zu hegen und zu erhalten, indem sie dem Geborenen weiterhin die zuträgliche, liebgewordene Nahrung spendet? Nicht mit Unrecht nimmt man an, daß, so wie die Art und Kraft des Samens die Ähnlichkeit des Körpers und der Seele gestaltet, auch die Art und Beschaffenheit der Muttermilch nicht ohne Bedeutung (für das Kind) ist. Das ist nicht nur bei Menschen, sondern auch bei Tieren beobachtet worden. Denn wenn mit der Milch von Schafen Zicklein, mit Ziegenmilch Lämmer aufgezogen werden, so findet man gemeiniglich, daß die Wolle der Schafe steifer, die Haare der Böcke weicher werden. Und bei Feldfrüchten und Bäumen sind die Eigenschaften des Wassers und des Bodens für Verbesserung und Verschlechterung oft von größerem Einflusse als der ausgeworfene Same selbst. Wie oft kann man beobachten, daß ein Baum, der üppig in glänzendem Blätterschmuck steht, an anderen Ort versetzt, im Saft geringerer Erde zugrunde geht. Welch ein Grund besteht die edle Art eines nach Körper und Geist von allem Anfang an gut angelegten Menschen durch unechte, minderwertige, der Art nicht entsprechende Nahrung mit fremder Milch zu verderben? Insbesondere wenn die, welche Ihr als Amme anstellt, Sklavin oder sklavischer Abstammung ist, oder — wie dies meist der Fall — einer auswärtigen rohen (barbarae) Rasse angehört; wenn sie diebisch, häßlich, unsittlich, dem Trunke ergeben ist? Denn gewöhnlich pflegt man ohne Wahl gerade die

eben Milch hat (*huius temporis lactans est*) zu verwenden. Werden wir es dulden, daß unser Kind durch schädliche Einflüsse verderbt werde, daß es in seinen Körper und Geist den Lebenshauch aus so niedrigem Geist und Körper ziehe? Das, beim Herkules, trägt Schuld daran, wenn es uns so oft wundernimmt, daß Kinder züchtiger Frauen ihren Eltern weder an Körper noch an Geist ähnlich werden!

Wie klug und erfahren hat unser (Vergilius) Maro nicht die Geburt allein, sondern auch wilde rohe Nahrung beschuldigt, wenn er den Versen Homers (Il. XVI, 33):

... Nicht dein Vater war, traun, der reisige Peleus,
 Noch auch Thetis die Mutter; dich schuf die finstere Meerflut,
 Dich hochstarrende Felsen: da dir unfreundlich das Herz ist!

aus eigenem beifügt:

Hyrkanische Tiger haben die Euter geboten.

Denn bei der neuen Anlage (eines Menschen) hat nicht nur des Vaters Samen und der Leib und Geist der Mutter, sondern in Heranbildung des Charakters auch die Amme und die Beschaffenheit ihrer Milch einen großen Anteil.

Wer könnte aber auch außerdem übersehen und leugnen, wie sehr Frauen, die es über sich bringen, sich von ihrem Sprößling loszusagen und ihn anderen zum Säugen übergeben, jenes innige Band (*vinculum illud coagulumque*) der Seele und der Liebe, durch welches die Natur Eltern und Kinder verbindet, lockern und zerreißen! Denn sobald die Mutter die Lebensäußerungen (*facta*) ihres Kindes, das sie einer fremden Frau übergibt, aus den Augen läßt, wird die Macht jener mütterlichen Liebesglut (*maternae flagrantiae*) nach und nach verkümmern und das feine Gehör ihrer unablässigen (*impatientissimae*) Sorgsamkeit ertauben. Die Erinnerung an den der Amme übergebenen Sohn wird schwinden, wie an einen durch den Tod verlorenen. Das Kind selbst, das seine Zutraulichkeit, Zärtlichkeit und Liebe nur der Nährerin zuwendet, wird — wie es bei Ausgesetzten zumeist vorkommt — keine Sehnsucht nach der Mutter haben, die es geboren hat. So sind auf diese Weise ernährten Kindern die Grundlagen zur Liebe zu den Erzeugern verdrängt und vernichtet. Scheinen sie später Vater und Mutter zu lieben, so ist diese Neigung keine natürliche, sondern eine konventionelle und eingebilddete.“

Diese in griechischer Sprache gehaltene Rede des Favorinus habe ich mit angehört. Ich will seine Aussprüche, soweit ich sie im Gedächtnis behalten, des allgemeinen Nutzens wegen niederschreiben. Die Lieblichkeit seiner Redewendungen aber und die überquellende Schönheit seiner Worte kann lateinische Beredsamkeit kaum erreichen und meine Wenigkeit (*mea tenuitas*) schon gar nicht wiedergeben.

Ethische Momente im Kampfe gegen die Kindersterblichkeit.

Von

Dr. Wichura.

Die zahlreichen Ratschläge und Bestrebungen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit beziehen sich fast sämtlich auf die Beschaffung einwandfreier Nahrung und günstiger hygienischer Verhältnisse (Milchküchen, Säuglingsheime, Fürsorgewesen, Milchpräparate usw.). Der Erfolg dieser Bestrebungen ist zurzeit noch ein mangelhafter. Warum? Weil die hohe Säuglingssterblichkeit zum größten Teil durch Momente verursacht wird, welche außerhalb des ärztlichen Wirkungskreises liegen (Armut, Krankheit, Gefängnishaft der Eltern, erbliche Belastung, zu großer Kindersorgen usw.). Vor allem kann, solange die sozialen Verhältnisse der unteren Volksschichten nicht besser werden, die Säuglingssterblichkeit nicht erheblich abnehmen.

Aber auch mit den Mitteln, welche dem Arzt in diesem Kampfe zur Verfügung stehen, der Belehrung und Erziehung, richtet er oft weniger aus, als möglich wäre. Die erzieherische Tätigkeit des Arztes in den Polikliniken, Beratungsstellen usw. besteht zurzeit im wesentlichen in Belehrungen über Kinderpflege, Hygiene und Ernährungsvorschriften; der Erfolg ist oft zweifelhaft. Die Zahl der Mütter, für deren Kinder diese Belehrungen nutzbringend sind, scheint nur gering; es sind hauptsächlich solche Frauen, welche zum erstenmal Mutter sind und neben Vertrauen zu dem Arzt ein über den Durchschnitt gehendes Pflichtgefühl gegen ihr Kind haben. Die große Zahl der Mütter und Ziehmütter, welche bereits mehrere Kinder groß gezogen haben, wird sich wohl selten von dem ihrer Meinung nach bewährten Prinzip der Aufziehung, wie sie es bei den früheren Kindern geübt haben, abbringen lassen, wenn sie auch die hygienischen Ratschläge und Verordnungen des Arztes geduldig anhören.

Zeigt sich somit, daß die zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit angewandten Mittel und Einrichtungen nicht ausreichen,

um die Säuglingssterblichkeit erheblich herabzusetzen; daß es zurzeit unmöglich ist, auf die bereits vorhandenen ungünstigen Faktoren genügend einzuwirken, so ist es um so mehr angebracht, die Entstehung der letzteren zu verhüten. Es erscheint das bis zu einem gewissen Grade möglich, wenn der Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit, der bisher bloß auf hygienischem und sozialem Gebiete geführt wurde, auch auf andere Gebiete übergreift. Vor allem auf das der Moral. In erster Linie muß das Verantwortlichkeitsgefühl der Erzeuger gegenüber der Nachkommenschaft geweckt und entwickelt werden. Ohne Frage werden heutzutage noch die meisten Ehen, besonders in den unteren Schichten des Volkes, geschlossen, ohne daß sich die Eheschließenden gefragt haben, ob sie zur Erzeugung von Nachkommenschaft körperlich geeignet sind, ob die nötigen Mittel zur Aufziehung von Kindern voraussichtlich da sein werden, ob die Kinder Aussicht haben, hochzukommen und zu nützlichen Gliedern der menschlichen Gesellschaft zu werden. Die Folge ist, daß eine große Menge von Kindern nutzlos in die Welt gesetzt wird und von vornherein zu Todeskandidaten prädestiniert ist. Solche Eltern begehen, ohne daß es ihnen zum Bewußtsein kommt, eine schwere Sünde an diesen bald absterbenden Kindern. Sind sie allein schuld? Keineswegs; nicht nur die Denkweise des einzelnen bedarf einer Änderung im Sinne eines größeren Verantwortlichkeitsgefühls, sondern vor allem muß auch die ganze öffentliche Moral in bezug auf diese Fragen allmählich eine Umwandlung erfahren. Zurzeit gilt es für einen mit erblicher Krankheit Belasteten noch nicht als sittliche Verfehlung, wenn er Kinder in die Welt setzt; das ist sein gutes Recht. Die Entstehung minderwertiger, dem Kampfe ums Dasein nicht gewachsener Nachkommenschaft wird als unvermeidliches Übel in den Kauf genommen. Der Vater solcher Nachkommenschaft verliert nichts in der Achtung seiner Mitmenschen. — An dieser Indolenz der öffentlichen Meinung gegenüber solch grober Vernachlässigung der sittlichen Pflichten gegen werdende Nachkommenschaft ist zu einem großen Teil die religiöse Erziehung schuld. In Schule und Kirche wird die Erzeugung von Kindern in der Ehe prinzipiell und unterschiedslos als etwas Lobenswertiges, ja etwas Heiliges hingestellt, obwohl sie es bloß sein kann, solange die Nachkommenschaft gute Existenzmöglichkeit hat. Die Kirche hält eine Beschränkung der Kinder-

zahl für unsittlich, selbst in Fällen, wo sichere Aussicht auf minderwertige Nachkommenschaft ist und diese keine Aussicht hat, hochzukommen. „Seid fruchtbar und mehret euch“ oder „Sehet die Vögel unter dem Himmel, sie säen nicht, sie ernten nicht“ usw. und ähnliche Bibelsprüche sind nur zu sehr geeignet, das Verantwortlichkeitsgefühl der Eltern einzuschläfern oder zu unterdrücken.

Folgende Moral muß Geltung bekommen: Sittlich ist, bloß so viel Kinder zu erzeugen, als man gut aufziehen kann; unsittlich ist es, mehr in die Welt zu setzen. — Ferner hört man häufig von Müttern, welche nicht den guten Willen haben, für ihr krankes Kind Opfer zu bringen: „Der Herr hat's gegeben, der Herr wird es auch wieder nehmen, wenn es ihm gefällt.“ Eine derartige Denkweise ist sicher bei weniger intelligenten Menschen der Entwicklung eines kräftigen Verantwortlichkeitsgefühls direkt schädlich, und je mehr sich eine solche Mutter auf die ja viel billigere und bequemere Hilfe von oben verläßt, um so mehr werden auch egoistische Motive zum Schaden des Kindes bei ihr Boden gewinnen. — In solchen Fällen hat man tatsächlich auch häufig genug das Gefühl, daß das, was bei oberflächlicher Betrachtung als Mutterliebe angesehen wird, in Wahrheit keine solche ist, sondern im Gegenteil auf Mangel an Opferfähigkeit oder Eitelkeit beruht, kurzum bloß ein mit falscher Mutterliebe bemäntelter Egoismus ist.

Beispiele dieser Art bieten sich dem Arzt bei größerer Aufmerksamkeit oft genug in den Beratungsstunden und Polikliniken. Fast alltäglich ist der Vorgang, daß eine Mutter die dringend nötige Einlieferung ihres schwerkranken Kindes in eine Anstalt oder Klinik energisch von der Hand weist, indem sie sagt: „Ich kann mich von meinem Kinde nicht trennen.“ Andere Mütter „bringen es nicht übers Herz“, ihre Kinder nach ärztlicher Verordnung bei Teediät hungern zu lassen: „das Kind dauert mich zu sehr.“

Solche Äußerungen erwecken bei oberflächlicher Betrachtung, besonders wenn noch Schluchzen und Tränen dazukommen, den Eindruck, als hätten die betreffenden Mütter eine ganz hervorragend große Liebe zu ihren Kindern. Hat aber nun tatsächlich eine solche Mutterliebe irgendeinen ethischen Wert? — Zur Beantwortung dieser Frage scheint es mir nötig, zwei Formen der „Mutterliebe“ sich gegenüber zu stellen. Die erste zeigt sich im wesentlichen als Triebhandlung. Die Mutter hat den natür-

lichen, primitiven Trieb, für ihr Kind zu sorgen, welches gewissermaßen ein Stück von ihr ist, ohne sich Rechenschaft darüber zu geben, warum sie es tut. Es ist ihr ein unklares inneres Bedürfnis und macht ihr Freude. Das subjektive Lustgefühl steht im Vordergrund. Es kann die übertriebene Form der sogenannten „Affenliebe“ annehmen und sich wohl auch bis zur Selbstaufopferung steigern. Letztere hat in diesem Falle keinen ethischen Wert. Auch Tiere setzen in blindem Muttertriebe ihr Leben für ihr Junges ein. Also ein subjektives Lustgefühl der Mutter, somit ein rein egoistischer Faktor, ist das Grundmotiv dieser Art Mutterliebe. Das Kind ist, solange es gut gedeiht, gesund ist und dadurch der Mutter Freude macht, gut aufgehoben. Die Mutterliebe erweist sich aber sofort als minderwertig, wenn im Interesse des Kindes etwas erforderlich wird, was persönliche Unlustgefühle bei der Mutter auslöst; also z. B. Trennung vom Kinde, weil es dringend der Krankenhausbehandlung bedarf — die Mutter kann sich nicht von ihrem Kinde trennen; sie opfert also das Wohl ihres Kindes, um das mit der Trennung für sie verbundene Unlustgefühl zu vermeiden. Oder: der Arzt ordnet bei einem darmkranken Kinde Hunger-(Tee)diät an. Gegen ihre bessere Einsicht gibt die Mutter trotzdem dem Kinde weiter Nährstoffe, bloß weil sie das Kind „dauert“, weil sie es nicht hungern lassen kann. Auch hier vermeidet die Mutter subjektive Unlustgefühle zum Schaden des Kindes. Eine solche Mutter mag sich selbst für eine sehr gute Mutter halten und wird wohl auch von ihrer Umgebung dafür gehalten; tatsächlich ist aber diese „Mutterliebe“ krasser Egoismus und also absolut minderwertig. Noch kümmerlicher ist es, wenn eine Mutter sich durch die Rücksicht auf die Nachbarn, welche durch Kindergeschrei gestört werden könnten, oder bei welchen sie selbst in den Ruf einer schlechten Mutter kommen könnte, verleiten läßt, gegen die ärztliche Anordnung ihr Kind zu füttern.

Recht bezeichnend für diese Form der Mutterliebe ist es, daß die betreffenden Frauen besonderen Wert darauf legen, für sehr gute Mütter gehalten zu werden und häufig eine Art Selbstkultus mit ihrer großen Mutterliebe treiben. Sie können nicht oft genug wiederholen, wie gut es ihre Kinder haben usw. Dabei sehen letztere oft genug vernachlässigt aus, während Auftreten und Kleidung der Mütter keineswegs dürftig und bescheiden sind. —

Andrerseits werden die Kinder häufig maßlos überfüttert aus Eitelkeit, um ein recht dickes Kind zu haben oder weil das Kind der Nachbarin bedeutend dicker ist als das eigene. — In allen diesen Fällen beruht die Mutterliebe in ihren Endmotiven auf Egoismus. Sobald Unlustgefühle bei der Mutter auftreten — ganz abgesehen von der Geldfrage —, wird das Interesse des Kindes vernachlässigt. Das Kind gilt in den Augen einer solchen Mutter nicht als Individualität, daher auch die Auffassung: „Das ist mein Kind, damit kann ich machen, was ich will.“ Es ist bloß dazu da, der Mutter Freude zu machen. — So fehlt vollkommen das Gefühl dafür, daß das Kind auch Menschenrechte hat. — Eine Analogie hierzu ist das geringe Verständnis des Volkes für die Strafbarkeit der Fruchtabtreibung.

In schroffem innerlichem Gegensatz zu der bescheidenen Form, aber oft nicht auf den ersten Blick unterscheidbar, ist die sittlich vollwertige Mutterliebe. Bei ihr werden die persönlichen Lust- und Unlustgefühle stets dem Wohle des Kindes untergeordnet. Die Mutterliebe äußert sich nicht mehr einzig und allein als Triebhandlung, sondern sie wird durch den Verstand und ein starkes Verantwortlichkeitsgefühl geleitet. Die Mutter bringt es übers Herz, ihr Kind hungern zu lassen, obwohl das Mitleid kein geringeres ist, als bei jener andern Mutter. Die sittlich hochstehende Mutterliebe trennt sich auch mutig von dem Kinde, wenn z. B. eine Anstaltsbehandlung oder ähnliches dringend nötig ist. Auch das Gerede der Nachbarn wird keinen Einfluß gewinnen können. Solche Mütter bringen auch schwere Opfer und darben sie sich an Kleidung und Lebenshaltung ab. — Es sind die Mütter, welche dem Arzt am meisten Freude machen, weil sie gewissenhaft die Verordnungen ausführen und trotz ihrer durch Mutterliebe geschärften Beobachtungsgabe und Kritikfähigkeit auch dann dem Arzt ihr Vertrauen bewahren, wenn zeitweise die von ihm eingeschlagene Behandlung sich nicht zu bewähren scheint. — Es steht immer das Interesse und Wohl des Kindes im Vordergrund, subjektive Empfindungen der Mutter müssen schweigen; die Mutter vertritt die Menschenrechte ihres hilflosen Kindes unter Verleugnung ihrer eigenen. Es wird z. B. ein krankes, elendes oder verkrüppeltes Kind mit der gleichen oder noch größeren Liebe gepflegt als ein gesundes, obwohl der Anblick des Elends in der Mutter ständig schmerzliche Empfindungen erweckt. Wirkliche

Mutter- bzw. Elternliebe fühlt sich in solchem Falle mit verantwortlich für die Existenz und die Leiden des Kindes und wird durch doppelte Sorgfalt versuchen, den Schaden wieder gut zu machen oder wenigstens dem Kind die Existenz zu erleichtern. Diese hochstehende Mutterliebe wurzelt natürlich auch in dem triebartigen Bedürfnis, für das Kind zu sorgen; der Trieb wird jedoch geleitet und beherrscht von altruistischem Empfinden. Je mehr letzteres von den triebartigen mütterlichen Gefühlen überwuchert wird, um so minderwertiger wird die Mutterliebe.

Man mag einwenden, daß eine ethisch minderwertige Mutterliebe wohl nur in den unteren, ungebildeten Volksschichten vorkommt. Das ist keineswegs der Fall; die soziale Stellung der Mutter hat keine ausschlaggebende Bedeutung. Sehr oft findet man gerade bei ganz Armen eine rührende, hochstehende Mutterliebe. Manch arme Frau aus dem Volke plagt sich mit Aufopferung ihrer Gesundheit von früh bis spät für ihre zahlreichen Kinder; trotz aller Dürftigkeit merkt man bei solchen Familien sofort heraus, daß aufopfernde Mutterliebe über den Kleinen wacht. Während so die Proletarierfrau durch den ständigen Kampf ums Dasein, um die primitivsten Anforderungen des Tages an Nahrung, Kleidung und Heizung, erzogen und geschult wird, kommt ein großer Teil der Frauen besserer Kreise niemals in ernstliche Berührung mit der Rauheit des Lebens. Die Folge ist, daß diese Frauen selbst übermäßig verweichlicht und empfindsam sind. Die Kinder solcher vom Leben nicht erzogener Frauen werden häufig mit einem Übermaß von Zärtlichkeit und Sorge umgeben; jedes kleine Unbehagen des Kindes, jede kleine Erkältung wird zu einem großen Ereignis. Und kommt dann eine ernstliche Erkrankung, so fehlt es an der nötigen Fassung, und die natürliche Pflegerin des kranken Kindes, die eigene Mutter, wird zur Pflege ungeeignet. Aber auch wenn keine ernsteren Erkrankungen vorkommen, müssen die Kinder durch die übergroße Zärtlichkeit und ängstliche Fürsorge verweichlicht, wehleidig und nervös werden. Dadurch, daß jede Unpäßlichkeit, jedes kleine Leiden mit großer Wichtigkeit und nervöser Vielgeschäftigkeit behandelt wird, lernen die Kleinen frühzeitig, sich übermäßig viel mit ihren Leiden zu beschäftigen und empfinden letztere dann auch wohl viel intensiver, als der Art der Erkrankung entspricht. Es liegt auf der Hand, daß dem Kinde die spätere Selbsterziehung erschwert und sehr häufig der

Grund zur Neurasthenie und Hysterie gelegt wird. Die Mütter selbst aber sind zu wenig in der Selbstzucht geschult, um ihre übergroße, angstvolle Fürsorge im Interesse des Kindes aufzugeben. — Auch die in bessersituierten Kreisen bestehende Sitte, die Pflege des Kindes einer Amme oder Kinderpflegerin, d. h. also einer fremden und gewöhnlichen ungebildeten Person zu überlassen, spricht nicht für einen sittlichen Hochstand der betreffenden Mütter. Ferner bedarf wohl kaum der Erwähnung, daß, wenn eine gebildete Frau aus Eitelkeitsgründen, aus gesellschaftlichen Rücksichten u. dgl. ihr Kind nicht stillt, ihre Mutterliebe keine ethisch hochstehende sein kann. Denn auf Grund ihrer Bildung weiß sie viel besser über die Bedeutung der natürlichen Ernährung für die Entwicklung des Kindes Bescheid, wie eine Frau aus dem Volke; letztere hat häufig nicht die Intelligenz, um dem schlechten Rat einer Freundin, Hebamme oder eines Nährmittelfabrikanten, das Stillen zu unterlassen, Widerstand zu leisten. Auch muß die Frau aus dem Volke ja häufig bald nach der Entbindung ins Erwerbsleben zurück und ist dadurch am Stillen verhindert.

So zeigt sich also, daß im Kampfe gegen die Kinder-Mortalität bzw. -Morbidity ethische Faktoren eine ganz erhebliche Rolle spielen. Durch Weckung eines größeren Verantwortlichkeitsgefühls der Eltern vor und in der Ehe wird sich die Zahl der nutzlos in die Welt gesetzten und lebensuntüchtigen Kinder verringern lassen. Schule und Kirche sollten der Jugend weniger auswendig gelernte und nur halb verstandene Bibelsprüche mit auf den Lebensweg geben, sondern ihr vielmehr vor allem ein Pflichtgefühl den nächsten Angehörigen gegenüber, eine praktische Nächstenliebe anerkennen. Die öffentliche Moral muß gegen Eltern Front machen, welche Kinder in die Welt setzen, die keine genügende Aussicht haben, hochzukommen. Der Staat oder kommunale Behörden sollten die Berechtigung haben, in kinderreichen Familien das Plus von Kindern zu überwachen, deren Entwicklung infolge ungenügender wirtschaftlicher Kraft der Eltern gefährdet erscheint. Letzteres ist durchaus berechtigt; denn nicht die unehelichen Kinder sind in der schlechtesten Lage — besonders dort nicht, wo eine behördliche Überwachung besteht —, sondern die in Überzahl gezeugten Kinder mittelloser Eheleute. Diese Kinder fallen ja sowieso schon zum großen Teil den Armenverwaltungen zur Last.

Referate.

Ergebnisse der Säuglingsfürsorge. Herausgegeben von Dr. A. Keller.

1. Heft. Kommunale Säuglingsfürsorge.

Ärztliche Erfahrungen. Von Dr. A. Keller, Magdeburg.

Die Stadtgemeinde im Dienste der Säuglingsfürsorge.

Praktische Vorschläge. Von Stadtrat Paul Suidemann, Magdeburg.

Keller gibt uns in dieser Arbeit an der Hand seiner in der städtischen Säuglingsfürsorge Magdeburgs gesammelten Erfahrungen gewissermaßen ein Programm für seine Tätigkeit als Direktor des Kaiserin-Augusta-Viktoria-Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche. Die Aufgaben, die sich diese „Musteranstalt“ gestellt hat, sind 1. die auf die Ernährung und Pflege der Säuglinge sowie auf die Fürsorge für die Mütter bezüglichen Fragen an der Hand entsprechender Einrichtungen wissenschaftlich und praktisch zu erforschen; 2. Material über die Säuglingssterblichkeit sowie über die Einrichtungen und Organisationen der Säuglingsfürsorge im Deutschen Reiche und in den ausländischen Kulturstaaten zu sammeln; 3. die Ergebnisse der eigenen wissenschaftlichen und praktischen Forschungen sowie der Sammelthätigkeit auf dem Gebiete der Fürsorge für Säuglinge und Mütter. Durch Veröffentlichungen der Allgemeinen in vorbildlicher Weise nutzbar zu machen, auch Behörden, öffentlichen und Privatverbänden sowie Einzelpersonen Auskunft und Rat zu erteilen.

Die Säuglingsfürsorge zerfällt in geschlossene und offene Fürsorge. In die geschlossene Fürsorge, d. i. Anstaltsbehandlung, gehören die Mütter mit ihren Kindern, denen es draußen aus wirtschaftlicher Not nicht möglich wäre, zu stillen. Ferner gehören dahin alle Debilen, d. h. früh- und schwachgeborenen Kinder, deren Ernährung und Pflege ganz besondere Vorsicht erfordert (im Falle die Mutter ihr Kind selbst nährt, muß sie mit aufgenommen werden), ferner alle hereditär-syphilitischen Kinder. Von der offenen in die geschlossene Fürsorge überführt müssen solche kranken Säuglinge werden, zu deren Heilung Frauenmilch unbedingt notwendig ist.

Die Entlassung aus der Anstaltsbehandlung erfolgt im allgemeinen zu früh, Rückfälle sind daher häufig. Nur in wenigen Fällen, meist exsudativ-diathetischer Kinder, bringt erst die Überführung in Außenpflege das im Krankenhaus nicht zu erreichende Gedeihen; doch gibt auch in diesen Fällen nur die vorangehende Behandlung im Krankenhause die Vorbedingung für den guten Erfolg der Außenpflege.

In der offenen Säuglingsfürsorge sind noch heute die von Budin in Frankreich ins Leben gerufenen Consultations de nourrissons vorbildlich. Die Milchküchen, wie sie in Deutschland zahlreich bestehen, die ohne ärztliche Beratung sterilisierte Milch abgeben, haben sich nicht bewährt. Für die Milch-

gewinnung und den Milchverkauf ist eine bedeutend schärfere Kontrolle notwendig. Im allgemeinen sind für die kommunale Säuglingsfürsorge folgende Forderungen aufzustellen:

1. Beratungsstunden und Überwachung der Ziehkinder.
2. Materielle Unterstützung der bedürftigen stillenden Mütter, und das um so mehr, wenn den künstlich genährten Kindern Nahrungsmittel zu niedrigem Preise oder gratis verabreicht werden.
3. Säuglingsheime.

Als besonders gefährdet und deshalb der Fürsorge bedürftig sind die unehelichen Kinder anzusehen, von deren Unterbringung in fremde Pflege der Aufsichtsbehörde keine Anzeige erstattet wird. Es müßten daher sämtliche unehelichen Kinder ohne Ausnahme und sämtliche Ziehkinder der Aufsicht der kommunalen Säuglingsfürsorge unterstellt sein.

Die Aufgaben der ärztlichen Beratungsstunden müssen bestehen in: Belehrung der Mütter und Pflegemütter, Propaganda für das Selbststillen, Vorbeugung von Krankheiten, rechtzeitige Überweisung in ärztliche Behandlung oder in geschlossene Fürsorge und Ausbildung der besoldeten Pflegerinnen.

Den außerordentlich klaren, von großer praktischer Erfahrung zeugenden Darlegungen ist eine Literaturübersicht über Säuglingsfürsorge aus den letzten 6 Jahren beigelegt, die nicht weniger als 539 Arbeiten umfaßt.

Im Anschluß an diese ärztlichen Ausführungen gibt Stadtrat Lindemann praktische Vorschläge über die Tätigkeit der Stadtgemeinde im Dienste der Säuglingsfürsorge.

Auch die Mitwirkung des Staates und der Privatpersonen bei der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit wird berührt. Die Ausführungen zeigen den Verfasser als ausgezeichneten Kenner dieses Gebietes und sind deshalb besonders wertvoll, weil sie sich streng an das pekuniär Erreichbare halten.

Benfey-Berlin.

Zeitschrift für Säuglingsfürsorge

Band 2

1908

Nr. 9

Städtische Säuglingsfürsorge in Rixdorf.

Von

Dr. Michael Cohn.

Rixdorf, im Südosten des Stadtkreises Berlin gelegen und unmittelbar in diesen übergehend, derart, daß von ganzen Straßenzügen die eine Seite auf Berliner, die andere auf Rixdorfer Gebiet liegt, hat sich unter den Berliner Vorortgemeinden während der letzten Jahre besonders stark vermehrt. Seit dem 1. April 1899 Stadt geworden, hatte es bereits im Jahre 1903 über 100000 Einwohner; bei der letzten Volkszählung, am 1. Dezember 1905, betrug seine Einwohnerzahl 153513, und zurzeit ist sie schon rund 203000.

Die Bevölkerung ist ähnlich wie die der angrenzenden Berliner Stadtteile ganz vorwiegend eine Arbeiterbevölkerung. Dem entsprechen vor allem die Wohnungsverhältnisse; 86,5 % aller Wohnungen sind solche von 1 und 2 Zimmern. Dementsprechend ist auch die Steuerkraft der Stadt eine geringe; Rixdorf steht in dieser Hinsicht unter allen deutschen Groß- und Mittelstädten an vorletzter Stelle. Nur $4\frac{1}{2}$ % aller Steuerpflichtigen hat ein Einkommen über 3000 M. Interessant ist in dieser Hinsicht besonders ein Vergleich mit den größeren westlichen Vororten Berlins, mit dem besonders reichen, freilich auch an Einwohnerzahl stärkerem Charlottenburg (ortsanwesende Bevölkerung am 1. Dezember 1905: 239559) und mit Schöneberg, dessen Einwohnerzahl (1. Dezember 1905: 141010) hinter der von Rixdorf noch zurückbleibt. Im Jahresdurchschnitte 1905/07 betrug das insgesamt veranlagte steuerpflichtige Einkommen in Schöneberg mehr als das Doppelte, in Charlottenburg das $4\frac{1}{2}$ fache, das steuerbare Vermögen in Schöneberg beinahe das 7 fache, in Charlottenburg vollends das 21 fache von dem in Rixdorf.

Das rasche Anwachsen der Bevölkerung in Rixdorf erfolgt natürlich vorwiegend durch Zuwanderung. Indessen auch die natürliche Vermehrung ist eine verhältnismäßig erhebliche. Wie überhaupt in Arbeiterkreisen, so ist auch hier die Geburtenziffer

eine hohe. In folgendem ist sie für die letzten 3 Jahren in ihren absoluten Werten wie auch auf die mittlere Bevölkerung (Mittel aus den fortgeschriebenen Einwohnerzahlen zu Anfang und Ende eines jeden Jahres) und schließlich auf die zu Anfang des Jahres lebende Bevölkerung berechnet angegeben:

	1905	1906	1907
Mittlere Bevölkerung	147 329	165 554	186 961
Lebendgeborene	5 211	5 934	6 255
Auf je 1000 der mittleren Bevölkerung entfallen mithin Lebendgeborene . .	35,36	35,84	33,45
Auf je 1000 Anfang des Jahres Lebende entfallen Lebendgeborene	37,09	38,48	35,35

In Berlin und den westlichen Vororten ist die Geburtsziffer wesentlich niedriger. So betrug sie im Jahre 1906, auf 1000 zu Anfang des Jahres lebende Personen berechnet, in Berlin 25,17, in Schöneberg 23,51, in Charlottenburg 22,5.

Mit der hohen Geburtenzahl geht, wie es auch sonst außerordentlich häufig ist, eine hohe Säuglingssterblichkeit Hand in Hand. Sobald Rixdorf Großstadt wurde, hatte es sogleich in bezug auf Höhe der Säuglingssterblichkeit seinen Platz mit an der Spitze der preußischen Großstädte; so stand es im Jahre 1903 unter den 25 Städten mit mehr als 100 000 Einwohnern in dieser Hinsicht an 6. Stelle, ebenso im darauffolgenden Jahre. Wie überall, so ist auch hier die Sterblichkeit unter den unehelich geborenen Säuglingen eine ganz besonders große; noch im Jahre 1905 betrug sie unter diesen nicht weniger als 41,71 %. In den beiden letzten Jahren 1906 und 1907 zeigt sich ein bemerkenswerter Rückgang in der Säuglingssterblichkeit, und zwar sowohl bei den ehelichen wie bei den unehelichen Kindern. Die nebenstehende Tabelle enthält für die letzten 5 Jahre, die Geburten und Sterbefälle im ersten Lebensjahre, getrennt nach Ehelichkeit, in absoluten und Prozentzahlen.

Während im Jahre 1905 auf 100 Lebendgeburten noch 24,21 Sterbefälle zwischen 0 und 1 Jahr entfallen (bei den Ehelichen 22,30, bei den Unehelichen 41,71), sinkt diese Ziffer im Jahre 1906 auf 19,49 (bei den Ehelichen auf 17,74, bei den Unehelichen auf 36,81) und im letzten Jahre, 1907, sogar noch weiter auf 15,89 (bei den Ehelichen auf 14,24, bei den Unehelichen auf 32,67). Auf die Ursachen dieses Rückgangs soll an dieser Stelle

nicht näher eingegangen werden; nur soviel sei bemerkt, daß wir geneigt sind, einen wesentlichen Grund in den besonders kühlen Sommertemperaturen und dem dadurch bedingten Zurücktreten der sommerlichen Verdauungsstörungen der Säuglinge zu erblicken, und daß wir mit der Möglichkeit, ja sogar mit der Wahrscheinlichkeit eines Ansteigens der Zahlen in den nächsten Jahren glauben rechnen zu müssen, falls diese heißere Sommer bringen sollten. Eine Verminderung der Todesfälle an Krankheiten der Verdauungsorgane konnten wir bei Durchsicht der Totenscheine des Jahres 1907 für dieses Jahr jedenfalls tatsächlich feststellen. Nach den Angaben Prof. Silbergreits (Die Säuglingssterblichkeit in den westlichen, in den übrigen Vororten Berlins, sowie in Berlin selbst

Jahr	Lebend-geborene			Anteil der unehel. an den Lebend-geburten über-haupt in %	Sterbefälle im Alter von 0—1 Jahr. ¹⁾					
					absolut bei den			in % der		
	ehel.	un-ehel.	über-haupt		ehel.	unehel.	über-haupt	ehel.	unehel.	über-haupt
					Lebendgeborenen					
1903	3505	353	3858	9,15	794	132	926	22,65	37,39	24,00
1904	4124	413	4537	9,10	851	156	1007	20,64	37,77	22,20
1905	4698	513	5211	9,84	1048	214	1262	22,30	41,71	24,21
1906	5388	546	5934	9,20	956	201	1157	17,74	36,81	19,49
1907	5695	560	6255	8,95	811	183	994	14,24	32,67	15,89

nach Kalendermonaten 1903 bis 1905. Sonderabdruck aus dem April-Bericht 1906 des Statistischen Amtes der Stadt Schöneberg) figurierten Krankheiten der Verdauungsorgane als Todesursache der in Rixdorf gestorbenen Säuglinge im Jahre 1903 bei 49,68 %, 1904 bei 48,96 %; im Jahre 1907 hingegen war das nur in 406 von 994 Todesfällen, d. h. in 40,84 % der Fall. Im besonderen

¹⁾ Es befinden sich unter den in Rixdorf verstorbenen Säuglingen allerdings immer einige, die nicht aus Rixdorf, sondern aus Berlin oder einem andern Berliner Vororte stammen; es sind das diejenigen, die aus diesen Orten in das auf Rixdorfer Gebiet gelegene Elisabethkinderhospital gebracht wurden und hier ad exitum kamen. Im Jahre 1907 waren das 20 Säuglinge, 9 uneheliche, 11 eheliche, davon 19 aus Berlin, einer aus Wilmersdorf. Das sind mithin nur 2 % der Todesfälle. Da außerdem sicherlich auch Rixdorfer Säuglinge in Berliner Krankenhäusern sterben, so dürfte hier kaum ein wesentlicher Fehler vorliegen.

war noch der Prozentsatz der tödlichen „Brechdurchfälle“ im Jahre 1903: 16,85, im Jahre 1904: 15,69; im Jahre 1907 hingegen betrug er nur 7,7 % (77 von 994 Fällen).

Das Bedürfnis nach erhöhter öffentlicher Säuglingsfürsorge, das sich angesichts des mannigfachen Säuglingselends und angesichts der großen Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre nachgerade allenthalben mehr und mehr fühlbar macht, muß begreiflicherweise ein besonders lebhaftes sein in Ortschaften wie Rixdorf mit der eigentümlichen Zusammensetzung seiner Bevölkerung und mit seiner raschen Entwicklung. Es kommt hier in Betracht die relativ große Zahl der Säuglinge überhaupt, die wegen der hohen Geburtsziffer einen viel größeren Bruchteil der Gesamtbevölkerung ausmachen, als in Orten mit geringer Geburtenhäufigkeit. Es kommt hinzu die verhältnismäßig hohe Zahl der hilfsbedürftigen Säuglinge, da speziell in Arbeiterkreisen Krankheit und Arbeitslosigkeit nur allzuleicht eine Notlage des Säuglings bedingen; gerade in Gemeinden mit einer großen Arbeiterbevölkerung müssen naturgemäß unter den kommunalen Aufgaben solche sozialer Art einen besonders breiten Raum beanspruchen. Mit der raschen Entwicklung der Stadt hängt es ferner zusammen, daß es hier an entsprechenden privaten Wohlfahrtseinrichtungen zum Schutze und zum Nutzen der Säuglinge, wie sie vielfach anderwärts in Form von Wöchnerinnenunterstützungsvereinen, Krippen, Säuglingsheimen usw. bestehen, so gut wie ganz gebricht. Und schließlich legt auch die Nachbarschaft mit in dieser Richtung vorangehenden Gemeinden, wie Berlin und Charlottenburg von vornherein gewisse Verpflichtungen auf. Bei dem ständigen Abwandern von der Hauptstadt nach den Vororten muß es in deren eigensten Interesse liegen, hinter jenen nicht allzulange zurückzubleiben.

In Berlin wurden von den Gemeindebehörden aus Mitteln der Schmidt-Gallisch-Stiftung vom 1. Mai 1905 ab 4 Fürsorgestellen für Säuglinge in Betrieb gesetzt, die jetzt auf 7 vermehrt sind. Noch in dem gleichen Jahre wurden in Charlottenburg 4 ähnliche Fürsorgestellen eingerichtet, die hier auf Kosten der Stadt durch den Vaterländischen Frauenverein und durch den Elisabeth-Frauenverein betrieben werden. Im Geschäftsjahr 1906/07 hat Berlin zu diesem Zwecke 134600 M., Charlottenburg 54000 M. in den Etat eingesetzt. Schon im Jahre 1907 folgten Schöneberg und Rixdorf diesem Beispiel. An letzterem Orte wurden für das Ge-

schäftsjahr 1907/08 zur Errichtung einer Säuglingsfürsorgestelle seitens der städtischen Behörden 4000 M. bewilligt. Mit der ärztlichen Leitung wurde der Verfasser betraut; zur Unterstützung wurde ihm eine Fürsorgeschwester beigegeben.

Die Säuglingsfürsorge ist hier eine rein städtische Einrichtung; ihre Verwaltung, ursprünglich mit der Armenverwaltung verbunden, ist neuerdings der Abteilung für das Gesundheitswesen angegliedert. Ihre Leistungen hatten von Anfang an nicht den Charakter der Armenunterstützung.

In den ersten 6 Monaten ihres Bestehens befand sich die Säuglingsfürsorge in der Boddinstraße 57, wo 2 zur ebenen Erde gelegene Räume, ein großer Warteraum und ein kleineres anstoßendes Sprechzimmer, zur Verfügung standen. Seit dem 1. Oktober 1907 ist sie in den Hochparterreräumen des Hauses Steinmetzstraße 113 untergebracht, das außerdem noch eine Kindervolksküche, einen Knabenhort, den Jugendklub des freiwilligen Erziehungsbeirats für schulentlassene Waisen und schließlich eine Trinkerfürsorge beherbergt. Zwei 2 fenstrige Zimmer, nach der Straße gelegen, bilden die Warteräume, die schon deshalb besonders groß sein müssen, weil vielfach auch Kinderwagen mit hineingebracht werden, ein 2 fenstriges helles Hinterzimmer bildet das Sprechzimmer; außerdem ist noch ein Wohnraum für die Fürsorgeschwester vorhanden.

Die Aufgabe, die dem Leiter bei Errichtung der Säuglingsfürsorge seitens der Behörde gestellt wurde, war die, in den Sprechstunden Personen der minderbemittelten Bevölkerungskreise Rat über Ernährung und Pflege von Säuglingen zu erteilen und bei den Müttern auf die natürliche Ernährung der Kinder hinzuwirken. Eine ärztliche Behandlung kranker Kinder sollte nicht stattfinden, es sei denn eine diätetische.

Es soll sogleich erwähnt werden, daß die letztere Bestimmung von vornherein nur sehr schwer durchführbar war und auch neuerdings bereits eine Abänderung erfahren hat. Für viele Fälle mag es wohl angängig sein, sich auf Ratschläge über Hygiene und Diätetik zu beschränken, das Gewicht des Kindes zu kontrollieren, seine Entwicklung zu überwachen, im übrigen aber bei Auftreten von Gesundheitsstörungen auf den Arzt zu verweisen. Denn man wird, um merkbliche Erfolge zu erzielen, den Kreis der in die Fürsorge aufzunehmenden Kinder nicht gar zu eng begrenzen

dürfen und daher auch Leute zulassen, die im Krankheitsfalle sehr wohl in der Lage sind, sich an den Privatarzt zu wenden, die es aber bisher nun einmal nicht gewohnt waren und es wohl auch nicht vermöchten, sich in Fragen der bloßen Hygiene und Diätetik des Säuglings jedesmal vom Arzte Auskunft einzuholen; hier tritt eben die Fürsorge gar nicht in Konkurrenz mit den Ärzten, sondern mit den Großmüttern, Tanten, Nachbarinnen und klugen Frauen, die bisher in solchen Dingen die Beraterinnen der Mütter bildeten. Freilich gibt es auch einzelne Störungen beim Säuglinge, wie z. B. Wundsein, Schwämmchen, Nabelbruch, die einerseits so alltäglich sind und andererseits so oft von den Müttern auf eigene Faust, ohne Zuhilfenahme des Arztes, und dabei vielfach unzweckmäßig behandelt werden, daß es hier nicht gut angängig ist, eine Belehrung und Unterweisung abzulehnen.

So wünschenswert und erstrebenswert es auch ist, daß die Kinder möglichst frühzeitig und im gesunden Zustande in die Fürsorge gebracht und unter deren Überwachung gesund erhalten werden, so liegen die Dinge in Wirklichkeit vorläufig doch anders. Unser Publikum muß für diese eigentliche und wichtigste Aufgabe der Säuglingsfürsorge erst allmählich erzogen werden. Vorläufig — und besonders im Anfange war das so — sieht es in der Säuglingsfürsorge mehr eine bloße Säuglingspoliklinik, ein großer Teil der Kinder wird erst zugeführt, wenn sie bereits krank sind. Wir untersuchen auch in solchen Fällen, geben hygienische und diätetische Ratschläge und verweisen, soweit dies nicht ausreicht, an den Arzt. Damit ist aber häufig recht wenig getan. Da erscheinen Kinder, die schon wochenlang selbständig von der Mutter kuriert worden sind, Kinder, die tage- und wochenlang bereits in öffentlichen Polikliniken in Behandlung standen, weil eben für eine längere privatärztliche Behandlung die Mittel nicht ausreichen. Da kommen vor allem Erkrankungen bei Säuglingen vor, bei denen unsere Recherchen bereits eine Notlage festgestellt haben und von uns Unterstützungen bereits gewährt wurden; diese bedürftigen Kinder müssen also gerade dann, wenn sie durch Gesundheitsstörungen gefährdet der Fürsorge ganz besonders dringend benötigen, abgewiesen werden. Der Armenarzt, auf den wir hinweisen, wird verhältnismäßig selten aufgesucht, die Kinder bleiben dann eben vielfach ganz ohne sachgemäße Behandlung, bestenfalls werden sie außer zu uns auch noch in entfernte

Polikliniken transportiert, um unentgeltlich behandelt zu werden. Vielfach verschwinden mit der Abweisung solche Kinder ganz aus unserem Gesichtskreise. Die Trennung von Fürsorge und ärztlicher Behandlung, wie sie in den Tuberkulosefürsorgestellen geschieht, ist in der Säuglingsfürsorge überhaupt nicht streng durchführbar, schon deshalb nicht, weil ja die diätetische Verordnung hier in zahlreichen Fällen auch zugleich bereits eine therapeutische bedeutet. Dazu kommt aber, daß eine nicht unwichtige Ursache der hohen Säuglingssterblichkeit, zu deren Herabminderung die Säuglingsfürsorge bestimmt ist, zweifellos die zu späte und unzulängliche Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe seitens der ärmeren Bevölkerung in Krankheitsfällen bildet; der Arzt wird gerade beim Säugling vielfach erst kurz vor dem Tode gerufen. Solange also nicht auf andere Weise, etwa durch eine Krankenversicherung der Familie, für die kranken Säuglinge gesorgt ist, wird die öffentliche Säuglingsfürsorge gewissen Kindern die ärztliche Behandlung nicht verweigern können. Die hiesigen Behörden haben denn auch in Würdigung dieser Sachlage neuerdings im Prinzip sich bereits damit einverstanden erklärt, daß in besonderen Fällen den in der städtischen Säuglingsfürsorge vorsprechenden Müttern nicht nur die Nahrung und Pflege, sondern auch die Krankheit betreffende Ratschläge gegeben werden.

Sogleich bei Eröffnung der Säuglingsfürsorge, die dem Publikum durch Anschläge und durch die Presse bekannt gegeben wurde, wurden die hiesigen Hebammen für die Neueinrichtung besonders interessiert, und sind wir bemüht, deren Interesse für sie ständig wach zu halten. Auf Veranlassung des hiesigen Kreisarztes, Herrn Kollegen Dr. Dietrich, wurde ihnen durch den Herrn Polizei-Präsidenten mittels Rundschreibens von der neuen Institution Kenntnis gegeben mit der Aufforderung, die beteiligten Kreise auf sie hinzuweisen. Späterhin wurden den Hebammen seitens des Magistrats durch Vermittlung des hiesigen Hebammenvereins Postkarten mit der Adresse der städtischen Säuglingsfürsorge zur Verfügung gestellt, um sich mittels derselben in Fällen, in denen nach ihrem Dafürhalten bei frisch entbundenen Müttern sofort Rat und Unterstützung seitens der Fürsorge erforderlich wäre, umgehend an uns zu wenden und den sofortigen Besuch der Fürsorgeschwester zu veranlassen. Schließlich nahm Berichterstatter Gelegenheit, die Hebammen durch einen Vortrag in ihrem Verein

über die Aufgaben, die Einrichtung und die Leistungen der hiesigen Säuglingsfürsorge zu unterrichten und sie dringend zu ermahnen, deren Ziele durch unermüdliches Anregen der Mütter zum Selbststillen zu fördern. In der Tat finden auch unsere Bestrebungen bei einem großen Teil der Hebammen verständnisvolle Unterstützung; insbesondere lassen sich viele von ihnen angelegen sein, die Mütter zum Selbststillen anzuhalten.

Die Sprechstunde, die im ersten Jahre zweimal wöchentlich, Montags und Donnerstags, stattfand, ist auf die Zeit von 2—3 Uhr nachmittags festgesetzt. Die ersten Mütter erscheinen in der Regel schon sofort mit der Öffnung der Wartezimmer, um 1 Uhr, und die letzten verlassen selten vor 5 Uhr die Räume. Die Abfertigung geschieht nach der Reihenfolge des Erscheinens; nur wo es sich um besonders elende und schwerkranke Kinder handelt, ferner bei jungen schwachen Wöchnerinnen oder bei Müttern, die zu Hause arbeiten müssen, werden Ausnahmen gemacht. Für jedes Kind existiert ein eigenes, loses, mit Nummer versehenes Journalblatt, in das fortlaufend alle notwendigen Eintragungen gemacht werden; jede Mutter erhält eine Karte mit Namen und Journalnummer des Kindes, die auf der Rückseite eine Tabelle zum Eintragen des jedesmaligen Gewichts des Kindes enthält. Auf diese Weise erfährt die Mutter bei jedem Besuche, ob und wieviel der Säugling zu- resp. abgenommen hat, was wesentlich dazu beiträgt, das Interesse an der regelmäßigen Überwachung zu erhöhen. Die Schwester nimmt im voraus ein jedes Kind auf, notiert die Nationale und die Ernährungsweise, stellt das Gewicht fest, trägt dies in das Journal und die Karte ein, mißt in verdächtigen Fällen eventuell auch schon die Temperatur und schickt dann Mutter mit Kind wieder ins Wartezimmer, aus dem sie dann zur ärztlichen Untersuchung und Beratung von neuem hineingerufen wird.

Während des ersten Betriebsjahres, das die Zeit vom 2. Mai 1907, an welchem Tage die Säuglingsfürsorge eröffnet wurde, bis zum 1. April 1908, also 11 Monate umfaßt, wurden im ganzen 94 ärztliche Beratungsstunden abgehalten. In diesen kamen zur Untersuchung 746 Kinder. Da im Jahre 1907 in Rixdorf 6255 Kinder lebend geboren wurden, so ist es nur ein kleiner Teil der Rixdorfer Säuglinge, denen die Fürsorge zunächst zugute kam. Die Zahl der Einzeluntersuchungen betrug 3201. Jede Sprechstunde war also durchschnittlich von 34 Kindern besucht. Ge-

legentlich stieg die Frequenz bis auf 59 und wiederholt war sie so stark, daß Abweisungen erfolgen mußten. Die Zahl der Konsultationen, die auf jedes einzelne Kind entfallen, ist danach 4,3; zieht man allerdings diejenigen Kinder ab, die nur ein einziges Mal erschienen — es sind das 197 — so kommen auf jedes Kind durchschnittlich 5,4 Konsultationen. Unter den Kindern, die nur einmal zur Untersuchung kamen, befanden sich solche, deren weitere Beobachtung von uns abgelehnt wurde, weil die Eltern bemittelt waren, oder weil die Kinder bereits am Ende des ersten Lebensjahres standen, ferner solche, die durch baldigen Tod oder durch Verzug nach außerhalb abgingen. Einzelne Mütter lehnten eine weitere Fürsorge ab, viele von ihnen waren wegen Krankheit, wegen zu weiter Entfernung, wegen Mangels an Zeit, wegen der Notwendigkeit, die übrigen Kinder zu Hause zu überwachen, an einem regelmäßigen Besuche der Fürsorge verhindert. Letztere Gründe sind es, die einer ausreichenden ärztlichen Überwachung mancher Säuglinge, und oft gerade der fürsorgebedürftigsten, am meisten im Wege stehen. Einen gewissen, aber freilich nicht immer zulänglichen Ersatz bieten hier die Hausbesuche der Schwester. Von wesentlichem Einfluß auf die Wiederholung des Besuchs und mithin auf die Möglichkeit einer ständigen ärztlichen Kontrolle ist natürlich die Gewährung von Unterstützungen, da diese von der Vorführung des Kindes abhängig gemacht wird. Die Säuglinge, deren Mütter unterstützt wurden, wurden durchschnittlich über siebenmal vorgestellt. Ein Teil der nur einmal Erschienenen kommt übrigens noch im neuen Betriebsjahr zu weiterer Beobachtung.

Die Sprechstundenfrequenz innerhalb der einzelnen Monate geht aus der folgenden Tabelle hervor:

Jahr	Monat	Neuaufnahmen	Zahl der Konsultationen
1907	Mai	87	175
	Juni	65	265
	Juli	88	355
	August	85	378
	September	66	340
	Oktober	68	293
	November	44	216
	Dezember	40	237
1908	Januar	55	259
	Februar	72	304
	März	76	379
		746	3201

Der Nachlaß der Frequenz erklärt sich im November durch die um diese Zeit erfolgte Verlegung der Fürsorge, in den nächstfolgenden Monaten durch die kühlere Jahreszeit und zum Teil auch durch die damals unzulänglichen Heizungsverhältnisse des Warteraums, wodurch manche Mütter abgehalten wurden, ihre Kinder öfters zuzuführen.

Die meisten Mütter erschienen, nachdem sie durch andere von der Existenz der Fürsorge erfahren hatten. Da die Inanspruchnahme der Einrichtung noch häufig aus Unkenntnis derselben zu spät erfolgt, so ist für die Zukunft ein regelmäßiger Hinweis durch das Standesamt bei Gelegenheit der Geburtsanmeldung in Aussicht genommen. Vielfach erfolgten auch Zuweisungen durch die Hebammen, durch die Berliner und Schöneberger Säuglingsfürsorgestellen, durch die Rixdorfer Tuberkulosefürsorge, vereinzelt schließlich durch Gemeindeschwestern und Ärzte.

Unter den vorgestellten Kindern befanden sich 9 Zwillingspaare und 1 Drillingspaar.

707 Kinder (= 94,8 %) waren ehelicher, 39 (= 5,2 %) unehelicher Abstammung; von letzteren befanden sich zur Zeit der Aufnahme 12 bei der Mutter und 27 in fremder Pflege. Der Prozentsatz der in die Fürsorge gebrachten unehelichen Kinder ist danach ein verhältnismäßig niedriger; er ist erheblich kleiner, als dem Verhältnis der unehelichen Geburten unter den Geburten überhaupt (im Jahre 1907: 8,95 %) entspricht. Zum Teil mag dies daran liegen, daß in materieller Hinsicht für diese Kinder, da sie vorwiegend Flaschenkinder sind, zurzeit noch seitens unserer Säuglingsfürsorge nicht allzuviel geleistet werden kann. Mancher Pflegemutter eines unehelichen Kindes mag auch eine so empfindliche Kontrolle, wie sie bei uns mit Hilfe der Wäge statthat, nicht ganz bequem sein, obwohl einzelne, wie gern anzuerkennen ist, sich ihr mit großem Eifer unterziehen. Zum Teil spricht wohl auch mit, daß über die in fremder Pflege befindlichen Unehelichen bereits durch den Kreisarzt mit Hilfe polizeilicher Aufsichtsdamen eine Überwachung ausgeübt wird. Immerhin macht die hohe Sterblichkeit unter den unehelich Geborenen (1906: 36,81 %, 1907: 32,67 %¹⁾) noch weitere fürsorgerische Maßnahmen zum

¹⁾ Ganz so hoch, wie hier berechnet, dürfte übrigens die Mortalität der Unehelichen nicht sein. Die Ziffer wird nämlich wahrscheinlich etwas ungünstig beeinflusst 1. durch die im Elisabethkinderhospital (siehe frühere Anmerkung)

Schutze dieser Kinder wünschenswert. Ganz besonders gilt das auch für jene unehelichen Säuglinge, die bei der eigenen Mutter resp. deren Familie untergebracht und daher ohne jede behördliche Beaufsichtigung sind; denn nach unsern gelegentlichen Wahrnehmungen ist gerade unter diesen vielfach ganz besonderes Elend und besonders arge Vernachlässigung anzutreffen.

Alter und Ernährungsweise der Kinder bei der Aufnahme.
Art der Ernährung.

Alter	Brust	Gemischte Ernährung (Brust u. Fl.)	Flasche (Kuhmilch)	Gesamt- zahl	Prozent- satz der Gestillten
1—8 Tage	16	1	1	18	94,4
9 Tage bis 1 Mon.	79	14	24	117	79,5
üb. 1 Mon. bis 2 Mon.	72	31	47	150	68,7
" 2 " " 3 "	28	13	62	103	39,9
" 3 " " 4 "	24	12	45	81	36,5
" 4 " " 5 "	14	3	48	65	
" 5 " " 6 "	15	4	32	51	
" 6 " " 7 "	8	3	31	42	20,6
" 7 " " 8 "	2	1	23	26	
" 8 " " 9 "	4	1	19	24	
" 9 " " 10 "	2	1	23	26	13,3
" 10 " " 11 "	1	1	14	16	
" 11 " " 12 "	3	—	15	18	
" 1 Jahr	—	—	9	9	
	268	85	393	746	

Es standen demnach bei der Aufnahme im I. Lebensquartal 388 Kinder = 52%, im II. 197 = 26,4%, und 161 = 21,6% waren über ein halbes Jahr alt.

Muttersmilch erhielten zur Zeit des Eintritts in die Fürsorge, zum Teil freilich nicht ausschließlich, 353 Säuglinge, mithin, wenn wir von den 9 Kindern über 1 Jahr absehen, 47,9%, d. h. fast die Hälfte der Säuglinge. Im einzelnen erhielten im 1. Jahr Brust 36,4%, Brust und Flasche 11,5%, nur Flasche 52,1%.

Über die Häufigkeit des Stillens überhaupt belehrt die weitere Feststellung, daß von den 746 Kindern 136 gar nicht an

sterbenden Berliner Säuglinge, unter denen sich verhältnismäßig viele (im Jahre 1907: 9 von 20) uneheliche befinden, 2. dadurch, daß wohl in Rixdorf mehr uneheliche Säuglinge leben, als ihrer Geburtsziffer entspricht, indem manche in Berliner Gebäranstalten zur Welt gekommene uneheliche Kinder nach Rixdorf in Pflege gebracht werden.

die Brust angelegt worden waren; rechnet man noch 28 Säuglinge hinzu, bei denen das Stillgeschäft bereits innerhalb der ersten 8 Tage aufgegeben wurde, so sind es $164 = 21,9\%$ der Kinder, bei denen von vornherein die Ernährung durch die Brust fortfiel, während in 582 Fällen, d. h. also in 78% , immerhin der ernstliche Versuch mit der natürlichen Ernährung gemacht wurde. Hiermit stimmt ziemlich gut überein, daß unter den im 1. Lebensmonat in der Fürsorge vorgestellten 135 Säuglingen noch $110 = 81,5\%$ die Brust erhielten, respektiv, wenn wir nur die Kinder zwischen 9 Tage und 1. Monat berücksichtigen, $79,5\%$.

Werden mithin auch zunächst etwa $\frac{1}{5}$ der Kinder natürlich ernährt, so zeigt sich doch alsbald eine sehr rasche Abnahme der Brustnahrung. Unter den Kindern im 2. Lebensmonat befinden sich nur noch $68,7\%$ an der Brust, im 3. Monat nur noch $39,9\%$, im II. Quartal $36,5\%$ usw.; die meisten Kinder werden nicht lange genug gestillt.

Die ungenügende Stilldauer geht fernerhin aus der direkten Bestimmung des Termins, an dem die Kinder abgesetzt werden, hervor. Bei 382 ursprünglich mit der Brust genährten Säuglingen, die entweder bereits zur Zeit der Aufnahme entwöhnt waren oder im Laufe unserer Beobachtung abgestillt wurden, stellte sich heraus, daß abgesetzt wurden

bis zu $\frac{1}{4}$ Jahr $253 = 66,2\%$ (davon 104 schon im 1. Lebensmonat)

zwischen $\frac{1}{4}$ und $\frac{1}{2}$	„	83	$= 21,7\%$
„ $\frac{1}{2}$ und 1	„	39	} $= 12\%$
über 1	„	7	
			<hr/>
			382

$66,2\%$ dieser Kinder war mithin schon vor Ablauf des ersten Lebensvierteljahres entwöhnt worden, $27,2\%$ sogar schon innerhalb des ersten Lebensmonats, und nur in $12\% = \frac{1}{8}$ der Fälle war länger als ein halbes Jahr gestillt worden.

Dieser Sachlage entsprechend spielte bei den Beratungen der stillenden Mütter das Animieren zum Weiterstillen eine wichtige Rolle. Nicht selten wird aus nichtigen und unzulänglichen Gründen — vorübergehender Unruhe des Kindes, Unkenntnis über seinen Nahrungsbedarf, Saugschwäche oder geringfügiger Beschwerden der Mutter — vorzeitig abgesetzt; hier erwiesen sich eindringliche Belehrungen sehr oft erfolgreich. In den übrigens

vereinzelten Fällen, in denen wirtschaftliche Gründe — Notwendigkeit zur Arbeit zu gehen — die Mütter zur Aufgabe des Stillens veranlaßten, waren wir aus Mangel an ausreichenden Mitteln nicht in der Lage, wirksame Abhilfe zu schaffen, immerhin gelang es hier manchmal wenigstens ein teilweises Stillen durchzusetzen. Häufig überzeugten wir uns selbst von der Existenz eines wirklichen Milchmangels; nur dort, wo dieser durch Unterernährung der Frauen bedingt war, ließ er sich durch Milchunterstützung beseitigen. Sonst war Übergang zur gemischten Ernährung nötig, die sich mitunter längere Zeit noch durchführen ließ; in andern Fällen freilich bedeutete dieser Übergang nur den Anfang vom Ende des Stillens überhaupt, weil der an das leichte Flaschensaugen gewöhnte Säugling das Trinken an der Brust alsbald völlig verweigert. Fast immer waren auch bei den nährenden Müttern spezielle Unterweisungen über die Häufigkeit, die Regelmäßigkeit des Anlegens und sonstige Fragen der Hygiene und Diätetik des Stillens nötig, da sich die meisten von ihnen, zumal die jüngeren, hierüber in völliger Unwissenheit befanden.

Nicht ganz gering war die Zahl derjenigen Mütter mit Kindern an der Brust, die lungenkrank zu sein erklärten oder der Tuberkulose verdächtig erschienen. Wir hielten uns nicht für befugt, in allen diesen Fällen ohne weiteres das Stillen zu verbieten. Vielmehr ließen wir in der Regel die betreffenden Frauen zunächst durch die hiesige Tuberkulosefürsorgestelle untersuchen. Dort, wo der Befund ein geringfügiger war und vor allem der Prozeß stationär erschien, ließen wir, eventuell unter Unterstützung der Mütter mit Milch, zunächst weiterstillen, forderten allerdings die Frauen zugleich auf, sich von Zeit zu Zeit besonders auch in bezug auf ihr Körpergewicht durch die Tuberkulosefürsorge kontrollieren zu lassen. In Fällen mit floriden Symptomen und progredientem Verlauf hingegen wurde natürlich geraten, das Stillen aufzugeben.

Mannigfaltiger noch als bei den Stillenden mußten sich die Beratungen der Mütter künstlich ernährter Säuglinge gestalten. Hier waren in jedem Falle genaue Anweisungen über die Nahrungsmengen, die Nahrungspausen, die nötigen Milchmischungen oder über besondere Diätformen nötig; den Gefahren der Überfütterung ebenso wie denen der Unterernährung mußte wiederholt durch spezielle Ernährungsvorschriften vorgebeugt werden. Auch Er-

nährungs- und Verdauungsstörungen verschiedener Art kamen hier nicht selten zur Beobachtung und konnten fast immer durch rein diätetische Maßnahmen geheilt werden. Manchen Säuglingen, die bei den üblichen Kuhmilchmischungen absolut nicht vorwärts kamen, konnte durch Ordination von Säuglingsbuttermilch, die sich die Mütter durch die Berliner Großmolkerei von Bolle liefern ließen, oder von Malzsuppe über kritische Situationen hinweggeholfen werden. Zur Verhütung der sommerlichen Verdauungsstörungen der künstlich ernährten Säuglinge finden neuerdings außer den Einzelunterweisungen noch allwöchentlich während der Sprechstundenzeit im Warteraum vor den daselbst versammelten Müttern unter Vorführung des erforderlichen Geschirrs und der sonstigen Utensilien kurze Belehrungen über das Kochen und die sonstige häusliche Behandlung der Milch statt, die aufmerksam entgegengenommen werden, und denen nach dem Bericht der Fürsorgeschwester vielfach auch peinlichst Folge geleistet wird. Demnächst werden die mündlichen Belehrungen auch noch durch Abgabe eines Merkblatts ergänzt werden.

Eine der wichtigsten Maßnahmen zum Schutze der künstlich ernährten Säuglinge, ihre Versorgung mit einer hygienisch einwandfreien Kuhmilch zu mäßigem Preise, harrt hier freilich vorläufig noch vollkommen der Erledigung, da eine Abgabe von Kindermilch durch die Säuglingsfürsorge — von vereinzelt Fällen (s. später) abgesehen — bisher nicht statthat und auch eine Milchküche für Säuglinge nicht existiert. Die allerwenigsten der zu uns kommenden Flaschenkinder erhalten eine anerkannt tadellose Kindermilch aus den bekannten Berliner Großmolkereien; vielmehr bekommt der größere Teil, nach einer gelegentlichen Feststellung etwa 62 %, seine Milch aus Rixdorfer Kuhställen, 25 % erhält vom Lande stammende sogenannte Ladenmilch und der Rest, nämlich ungefähr 12 %, wird mit der billigsten Milchsorte der Bolleschen Molkerei versorgt. Inwieweit die demnach vorwiegend in Betracht kommende hiesige Kuhstallmilch auch nur billigen hygienischen Anforderungen entspricht, ist zum mindesten ungewiß, zumal es an jeglicher Kontrolle fehlt. In manchen dieser Kuhställe, deren es etwa 100 gibt, wird zwar auch eine besondere Milch für Kinder zu einem etwas erhöhten Preise abgegeben; soweit wir feststellen konnten, unterscheidet diese sich aber von der übrigen Milch des gleichen Kuhstalls nur dadurch, daß die

betreffenden Kühe vorwiegend Trockenfütterung erhalten, zuweilen auch dadurch, daß diese Milch in kühlerem Zustande abgegeben wird, während die übrige Milch, den Wünschen der Abnehmer entsprechend, kuhwarm verkauft wird. Es existieren an hiesigem Ort zwar auch polizeiliche Vorschriften über die Produktion von Kindermilch; soweit uns bekannt, hat aber bisher nur ein einziger Molkereibesitzer sich als Produzent einer derartigen, den behördlichen Bestimmungen entsprechenden Kindermilch gemeldet. In jüngster Zeit hat ferner der Verein der Molkereibesitzer in Groß-Berlin eine freiwillige hygienische Kuhstall- und Milchkontrolle für seine Mitglieder eingeführt; von den Rixdorfer Kuhhaltungen haben sich indessen dieser Kontrolle zunächst nur zwei unterstellt.

Was nun die Entwicklung der in Fürsorge befindlichen Säuglinge anlangt, so gibt zwar die Gewichtszunahme für sich allein hierüber noch keinen ausreichenden Aufschluß; interkurrente Krankheiten können diese hemmen, und außerdem gewährleisten selbst erhebliche Zunahmen noch keineswegs ein gutes Gedeihen; immerhin gewährt doch das Gewicht einen gewissen Anhaltspunkt für die Beurteilung. Es sind deshalb in nachstehender Tabelle die durchschnittlichen Zunahmen derjenigen Kinder, die längere Zeit, d. h. mindestens 4 Wochen in Beobachtung standen — es sind das im ganzen 344 —, zusammengestellt, wobei sie je nach der Ernährungsweise gesondert wurden in diejenigen, die während

Durchschnittliche Gewichtszunahme in Gramm.

Beobachtungsdauer	Ernährungsweise		
	Brust	teils Brust, teils Flasche	Flasche
4 und $4\frac{1}{2}$ Wochen	488 (8)	590 (5)	441 (17)
5 " $5\frac{1}{2}$ "	836 (7)	689 (9)	641 (11)
6 " $6\frac{1}{2}$ "	698 (5)	895 (8)	383 (9)
7 " $7\frac{1}{2}$ "	1016 (5)	814 (11)	879 (9)
8 " $8\frac{1}{2}$ "	1420 (4)	1165 (8)	819 (6)
9 " $9\frac{1}{2}$ "	1100 (4)	1432 (6)	1101 (8)
10 " $10\frac{1}{2}$ "	1190 (5)	1423 (4)	1155 (4)
11 bis 13 "	1814 (7)	1602 (9)	1673 (12)
3 " 4 Monate	2055 (6)	1922 (17)	1594 (16)
4 " 5 "	2933 (3)	2664 (7)	2080 (10)
5 " 6 "	3122 (6)	2798 (12)	2373 (7)
6 " 7 "	3807 (3)	3772 (11)	2929 (14)
7 " 8 "	2806 (5)	4235 (9)	3690 (7)
8 " 9 "	4357 (3)	4277 (3)	3904 (5)
9 " 10 "	3130 (1)	3527 (3)	5080 (3)
10 " $11\frac{1}{4}$ "	4990 (2)	5195 (8)	5515 (2)

der Beobachtungszeit nur die Brust oder nur die Flasche (Kuhmilch) erhielten, oder aber gemischt ernährt wurden, d. h. Brust und Flasche, oder anfangs Brust, später noch Flasche hinzu resp. später nur Flasche bekamen. Die eingeklammerten Ziffern bedeuten die Zahl der Fälle, aus denen der Durchschnitt gewonnen wurde. Trotz ihres summarischen Charakters läßt doch die Aufstellung den durchschnittlich besseren Körperansatz bei der Mehrzahl der mit Muttermilch resp. gemischt ernährten Säuglinge einerseits, gegenüber dem der ausschließlich künstlich genährten andererseits in deutlicher Weise erkennen.

Zu den ganz besonderer Fürsorge bedürftigen Säuglingen gehören diejenigen mit sehr niedrigem Körperwicht, also vor allem die Früh-, Zwillings-, Drillingsgeburten usw. Mancher dieser Lebensschwachen ließe sich in Anbetracht der unzulänglichen häuslichen Pflege nur durch stationäre Behandlung erhalten, die uns nicht zur Verfügung steht. Im ganzen kamen 17 Kinder mit Anfangsgewichten unter 2500 g zur Beobachtung. Bei sieben von diesen betrug das Anfangsgewicht unter 2000 g respektiv höchstens 2000 g; vier von ihnen sind bisher gestorben, darunter 2 Drillingsgeburten, die mit Anfangsgewichten von 1625 respektiv 1750 im Alter von 5 Tagen eintraten und bereits mit $1\frac{1}{2}$ Monaten auf 3000 resp. 2850 g gelangt waren. Dem schwächsten Kinde, das uns zugeführt wurde, einer Frühgeburt, die mit 14 Tagen 1400 g wog, gelang es durch Milchunterstützung der Mutter die Brustnahrung zu erhalten und dadurch so weit zu fördern, daß es mit $4\frac{1}{2}$ Monaten bereits auf fast 10 Pfund (4970 g) gekommen war; es wiegt jetzt 10 Monate alt 6550 g und befindet sich noch an der Brust. Einem andern Schwächling, einer Frühgeburt, die mit 6 Wochen 1760 g wog, wurde gleichfalls durch monatelange Milchunterstützung die Brustnahrung gesichert; diesem Umstande ist es wohl allein zu verdanken, daß es mit einem Körpergewicht von $4\frac{1}{2}$ Pfund die Operation eines eingeklemmten Leistenbruchs und späterhin auch die eines großen Blutschwammes glücklich überstand; es wiegt freilich infolge dieser Komplikationen und sehr langsamen Gedeihens jetzt im Alter von $11\frac{3}{4}$ Monaten erst 4350 g. Von den übrigen 10 Kindern, die Anfangsgewichte zwischen 2000 und 2500 g hatten, sind sechs gestorben (vier von ihnen waren nur einmal bei uns gewesen), drei sind fortgeblieben, ein Kind, das erste des schon erwähnten Drillingspaares, das mit 5 Tagen

2050 g wog, hat jetzt im Alter von 11 Monaten ein Körpergewicht von 7870 g.

Wenn es auch nicht angeht, aus der Sterblichkeit der in der Säuglingsfürsorge vorgestellten Kinder ohne weiteres irgendwelche Schlüsse auf deren Leistungsfähigkeit zu ziehen, so ist doch die Betrachtung der Todesfälle immerhin nicht ohne Interesse. Von den 746 Kindern waren, soweit wir dies festzustellen vermochten, zur Zeit des Berichts bereits gestorben $52 = 6,9\%$, 15 von ihnen waren nur ein einziges Mal uns vorgeführt worden; vielfach wurde das Ableben der Kinder nach längerem Fernbleiben derselben zufällig von der Schwester gelegentlich der Hausbesuche in Erfahrung gebracht. Die Todesursachen bildeten laut den Ermittlungen resp. laut den von uns selbst konstatierten Krankheitsbefunden:

1. Krankheiten der Verdauungsorgane, besonders Darmkatarrh und Brechdurchfall, in 12 Fällen; von diesen waren zehn künstlich, eins gemischt und eins angeblich nur mit Brust genährt.

2. Krämpfe, einschließlich Stimmritzenkrampf und Hirnentzündung in 11 Fällen; davon betrafen 2 Kinder mit Wasserkopf.

3. Lebensschwäche, vorwiegend Früh- und Mehrlingsgeburten betreffend, in 8 Fällen.

4. Tuberkulose in 5 Fällen. In vier von ihnen wurde die Krankheit, die zweimal unter dem Bilde der Lungen-, einmal unter dem der Bauchtuberkulose und einmal unter dem der allgemeinen Abzehrung verlief, von uns selbst festgestellt. In einem derselben war die Mutter, in einem andern der Vater nachweislich lungenkrank.

5. Lungenentzündung in 3 Fällen.

6. Sonstige Krankheiten, darunter Masern, Keuchhusten, angeborene Syphilis, Milzschwellung, Wundrose, Nierenentzündung usw. in den übrigen Fällen.

In 94 Fällen wurde die Fürsorge beendet, weil die Kinder 1 Jahr alt geworden und ein einigermaßen diesem Alter entsprechendes Körpergewicht erreicht hatten; als ein solches wird ein Gewicht von wenigstens ca. 8 Kilo angesehen; schwächliche Kinder bleiben noch im Anfang des zweiten Lebensjahres in Beobachtung. 33 Fälle schieden wegen Verzugs aus. In das neue Betriebsjahr übernommen wurden während der ersten 3 Monate desselben 158 Kinder.

Eines der wichtigsten Mittel zur Durchführung einer rationellen Säuglingsfürsorge bilden die materiellen Unterstützungen. Einerseits ist manchen Müttern auch mit den besten ärztlichen Ratschlägen herzlich wenig gedient, da es eben am Allernotwendigsten zu deren Durchführung fehlt. Und andererseits genügen, wie die Erfahrung lehrt, meist schon ganz geringe Beihilfen, um eine regelmäßige Vorführung der Kinder und somit eine konsequente Überwachung zu veranlassen; mit Nachlaß der Unterstützung verschwinden nicht selten die Kinder aus unserer Beobachtung.

Die Unterstützungen kamen nach dem Beschlusse der Behörden in erster Reihe und vorwiegend den stillenden Müttern zugute. Die bedürftigen unter ihnen erhielten täglich, bei längerer Dauer und ausreichender Milchsekretion eventuell späterhin jeden zweiten Tag, 1 Liter Kuhmilch zu eigenem Gebrauch. Die Milch wird von einem hiesigen Kuhstallbesitzer, der auch das hiesige Krankenhaus mit Milch versorgt, geliefert. Die betreffende Mutter bekommt in der Sprechstunde einen Bon mit 7 abreißbaren Abschnitten; gegen Abgabe je eines Abschnittes wird ihr in jenem Kuhstall je ein Liter Milch verabfolgt. Diese Form der Unterstützung hat sich durchaus bewährt, wenn auch der Bezug aus einem einzigen Kuhstalle Schwierigkeiten bot und auf die Dauer nicht aufrecht zu erhalten ist. Eine Unterstützung mit Geld findet bei uns nicht statt. Über die Qualität der gelieferten Milch wurden Klagen nicht laut. Im übrigen ist es nötig, ihrer Beschaffenheit besondere Beachtung zu schenken. Da nämlich ziemlich oft gerade solche Mütter die Milch erhalten, die wegen zu spärlicher Milchabsonderung bereits neben der Brust die Flasche verabfolgen, so ist es unvermeidlich, daß die gleiche Kuhmilch auch den betreffenden Säuglingen neben der Brust verabfolgt wird.

Der Umfang dieser Unterstützung, der durch die verfügbaren Mittel begrenzt war, geht aus nebenstehender Tabelle hervor. Diese 4298 Liter Milch wurden an 118 Mütter verabfolgt. Da zur Zeit der Aufnahme 355 Kinder mit Brust resp. mit Brust und Flasche ernährt wurden, so wurden mithin etwa ein Drittel aller stillenden Frauen zeitweise der Milchunterstützung teilhaftig.

Im einzelnen erhielten: 1 Mutter 1 Liter, 16 Mütter je 7, 12 je 14, 14 je 21, 11 je 28, 8 je 30, 19 je 42, 9 je 49, 15 je 56, 3 je 70, 4 je 77, 3 je 84, 1 Mutter 98, 1: 112 und 1: 119 Liter Milch.

Außerdem gelangte zur unentgeltlichen Verteilung an einzelne nährenden Mütter bei Nachlaß der Milchabsonderung das eiweißhaltige Nährpräparat Plasmon, und zwar der Regel nach in Mengen von je 100—150 g. Im ganzen wurden auf diese Weise 18 Pfund Plasmon abgegeben, von denen die Plasmongesellschaft 8 Pfund der Säuglingsfürsorge kostenlos zur Verfügung gestellt hatte. Die gelegentliche Abgabe eines derartigen Mittels in dazu geeigneten Fällen hat sich uns als zweckmäßig erwiesen. Wir glauben zwar nicht an eine spezifische Einwirkung auf die Milchdrüsen. Indessen wird doch der Eiweißgehalt der Nahrung, der ja meistens bei diesen

Jahr	Monat	Zahl der unterstützten stillenden Mütter	Anzahl der Liter Milch
1907	Mai	21	370
	Juni	29	455
	Juli	30	580
	August . . .	33	580
	September .	21	260
	Oktober . .	13	183
	November .	17	320
	Dezember .	19	280
1908	Januar . . .	22	380
	Februar . .	25	380
	März	29	510
			4298

Frauen ein ziemlich niedriger zu sein pflegt, immerhin um etwas vermehrt. Vor allem aber wirkt das Einnehmen eines solchen Präparats stark suggestiv, es veranlaßt die Mütter, die seiner Wirkung vertrauen, das Stillgeschäft, das sie schon aufgeben wollten, energischer zu betreiben, die Kinder wieder öfters anzulegen, und das ist nicht ohne Einfluß auf die Milchproduktion. So kommt es, daß die Frauen öfters angeben, danach wieder mehr Milch zu haben. Einem wirklichen Milchmangel freilich vermochte das Mittel auch nicht abzuhelpen.

Die Unterstützung der Mütter mit Kuhmilch wurde gewöhnlich abgebrochen entweder wegen Aufgabe des Stillens und Übergangs zur künstlichen Ernährung, oder weil die häuslichen Verhältnisse sich inzwischen gebessert und eine weitere Beihilfe daher nicht mehr als notwendig erscheinen ließen; öfters mußte sie auch im Hinblick auf die verfügbaren Mittel und auf andere Fälle, die gleichfalls dringlich Berücksichtigung erheischten, beendet werden.

Eine Abgabe von Milch für künstlich genährte Säuglinge war ursprünglich überhaupt noch nicht vorgesehen. Allein es wurden von Anfang an immer wieder einzelne Flaschenkinder in die Fürsorge gebracht, bei denen die häusliche Not eine so große war, daß sie tage- und selbst wochenlang entweder überhaupt keinen Tropfen Milch erhalten hatten, sondern im wesentlichen mit Mehl- abkochungen und Kaffee gefüttert worden waren, oder doch nur unzulängliche Milchmengen bekamen. In solchen vereinzelt Fällen dringendster Not wurde deshalb vom Juli ab auch Milch für künstlich ernährte Säuglinge unentgeltlich abgegeben, und zwar, je nach dem Alter der Kinder, in Mengen von $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ —1 Liter täglich. 588 Liter kamen auf diese Weise an 25 Flaschenkinder zur Verteilung.

Jahr	Monat	Zahl der mit Milch unterstützten Flaschenkinder	Zahl der Liter Milch
1907	Juli	8	70
	August	6	160,5
	September	4	46,5
	Oktober	1	18,5
	November	4	57
	Dezember	5	43
1908	Januar	7	70
	Februar	6	46,5
	März	11	76
			588

Die Milch war eine Trockenfütterungsmilch aus dem gleichen Kuhstalle, der auch die Milch für die Mütter lieferte. Ernste Verdauungsstörungen sind beim Gebrauch der Milch an den Säuglingen nicht zur Beobachtung gekommen.

Im übrigen bestanden die Beihilfen an unbemittelte Mütter von Flaschenkindern darin, daß ihnen behufs Herstellung von Mehl- abkochungen als Verdünnungsmittel der Kuhmilch, Hafermehl, im ganzen 100 Pakete Hohenlohes Hafermehl à $\frac{1}{2}$ Pfund verschenkt, sowie teils unentgeltlich, häufiger zur Hälfte oder zwei Drittel des Selbstkostenpreises an künstlichen Nährpräparaten abgegeben wurde: 10 Büchsen Biederts Ramogen, 14 Büchsen Soxhlets Nährzucker, 20 Flaschen Löfflunds Malzsuppenextrakt. Auf diese Weise erhielten zur Unterstützung der Ernährung künstlich genährter Säuglinge 44 Mütter Nährmittel umsonst, 10 zu herabgesetztem Preise.

In denjenigen Fällen, in denen Milch an Mütter oder an Kinder fortlaufend abgegeben wurde, fanden seitens der Fürsorgeschwester noch eingehendere Recherchen betreffs der Bedürftigkeit statt; nur wo diese sich als besonders groß herausstellte, wurde die Unterstützung weiter gewährt; sonst wurde sie ausgesetzt. Das Ergebnis jeder Recherche wird von der Schwester auf einem besonderen Blatte mit vorgedrucktem Schema notiert, daß im wesentlichen mit dem des in der Säuglingsfürsorgestelle I Berlin! gebräuchlichen Recherchebogens (s. A. Japha und H. Neumann, Die Säuglingsfürsorgestelle I der Stadt Berlin, 1906) übereinstimmt. Aus den 124 Recherchen, die hier vorliegen, geht hervor, daß am häufigsten, nämlich in 53 Fällen, als Grund der Bedürftigkeit Arbeitslosigkeit des Vaters festzustellen war, entweder völlige oder teilweise resp. häufige Arbeitslosigkeit, wodurch der Verdienst des Ernährers der Familie ganz fehlte oder doch ungenügend resp. unregelmäßig war. Damit im Zusammenhang steht es, daß die meisten Anliegen um Beihilfe an uns herantraten in der ersten Sommerhälfte zu einer Zeit, da umfangreiche Aussperrungen im Berliner Baugewerbe stattfanden und andererseits in den vorgerückten Wintermonaten zur Zeit allgemeinerer Arbeitslosigkeit. Nicht immer war die Arbeitslosigkeit eine unverschuldete; so wurden zweimal Trunksucht, einmal Arbeitsscheu des Vaters konstatiert. Demnächst bildeten den häufigsten Anlaß zur Unterstützung Krankheiten des Ernährers; Verletzungen, Unfälle, Lungenkrankheiten, Schwindsucht, Nervensiechtum waren hier besonders oft vertreten. Vielfach handelte es sich ferner um großen Kinderreichtum bei kärglichem Verdienst, mehrfach z. B. um Familien mit 6—7 Kindern, die sich sämtlich noch nicht im erwerbsfähigen Alter befanden. Öfters kombinierte sich auch hohe Kinderzahl mit Arbeitslosigkeit oder mit Krankheit. In vier Fällen handelte es sich um Frauen, deren Ehemann kurz vor oder nach der Geburt des Kindes gestorben war, viermal um eheverlassene Mütter, fünfmal um Mütter unehelicher Kinder, einmal um eine Mutter, deren Mann sich beim Militär befand, und einigemale auch um Mütter, deren Männer zur Zeit in Untersuchungs- oder Strafhäft waren.

Die Einholung der Recherchen geschah durch die Fürsorgeschwester. Dieser lag neben dieser Arbeit und neben der Assistenz während der ärztlichen Beratungsstunden noch als Haupttätigkeit die Ausführung der häuslichen Besuche ob zum Zwecke

der Kontrollierung der richtigen Durchführung der ärztlichen Vorschriften, der Beseitigung etwaiger hygienischer Mißstände und der Belehrung der Mütter über mancherlei Einzelheiten der Säuglingspflege. Diese Besuche bilden einen wesentlichen Bestandteil der gesamten Fürsorgetätigkeit und eine wichtige Ergänzung der Sprechstunden, zumal in diesen nicht immer alles von den Müttern richtig aufgefaßt wird, und überdies viele Frauen tatsächlich außerstande sind, mit der wünschenswerten Regelmäßigkeit die Kinder vorzustellen. Andererseits werden durch die wiederholten Besuche die Mütter, die längere Zeit fortblieben, auch veranlaßt, wieder in der Sprechstunde zu erscheinen. Im allgemeinen wurden die Besuche von den Frauen immer gern und dankbar entgegengenommen. Ziemlich oft wurde die Schwester auch von den hiesigen Hebammen zu frisch entbundenen Wöchnerinnen, bei denen Unterstützung dringend wünschenswert erschien, gerufen. Wo sie freilich von jenen zitiert wurde, um bei hartnäckiger Ablehnung des Selbststillens seitens der Mutter ihren Einfluß zugunsten der natürlichen Ernährung aufzubieten, da war sie gewöhnlich auch außerstande, etwas zu erreichen. Infolge Erkrankung und Beurlaubung der Schwester konnten die Hausbesuche nicht immer mit genügender Häufigkeit gemacht werden und mußten im September 1907 und Januar 1908 sogar kürzere Zeit ganz unterbleiben. Im ganzen wurden 1680 Hausbesuche ausgeführt, die sich auf die einzelnen Monate folgendermaßen verteilen:

Jahr	Monate	Zahl der Hausbesuche
1907	Mai	80
	Juni	134
	Juli	150
	August	180
	September	80
	Oktober	173
	November	150
	Dezember	167
1908	Januar	93
	Februar	239
	März	244

Bei dem kurzen Bestehen der hiesigen Säuglingsfürsorge und dem begrenzten Umfange ihrer bisherigen Wirksamkeit ist es natürlich nicht angängig, hier bereits von weittragenden Ergebnissen

und Erfolgen zu sprechen. Daß auf dem neu eingeschlagenen Wege viel nützliche und segenbringende Arbeit geleistet werden kann, das dürften immerhin schon die bisherigen Erfahrungen mit hinreichender Deutlichkeit ergeben haben. Im übrigen haben sie auch erkennen lassen, wie die Säuglingsfürsorge nach mannigfachen Richtungen hin noch des weiteren Ausbaus und der Ergänzung bedarf. In Erkenntnis dieser Notwendigkeit haben denn auch die städtischen Behörden für das zweite Betriebsjahr bereits den Etat hierfür wesentlich erhöht. Dadurch ist es nunmehr möglich geworden, die ärztlichen Beratungsstunden dreimal wöchentlich abzuhalten, eine zweite Schwester anzustellen und die Unterstützungen für notleidende Mütter, insbesondere an Stillende, an welch letztere jetzt neben Milch im Bedarfsfalle auch andere Lebensmittel, wie Reis, Gries, Mehl, Zucker abgegeben werden, zu vermehren.

Säuglingssterblichkeit in Kiel.

Von

Dr. med. **Spiegel**, Kinderarzt.

Die neuesten Ergebnisse der Statistik haben gezeigt, daß die jährliche Geburtenziffer in Deutschland ständig im Abnehmen begriffen ist. Die deutsche Geburtenzahl betrug im Jahrzehnt

1871—1880	40,7 ‰
1881—1890	37,5 ‰
1891—1900	36,1 ‰
1905	33 ‰.

Während nun bei uns wohl eine der Abnahme der Geburtenzahl fast parallele Abnahme der allgemeinen Mortalität stattfindet, ist die Sterblichkeit der Kinder im 1. Lebensjahr nicht nur nicht zurückgegangen, sondern noch gestiegen. Mit der geringen Bewertung des Säuglingslebens gibt man aber das einzige Mittel aus der Hand, den dauernden Abfall der Geburtenziffer wirksam auszugleichen. Die soziale Hygiene hat sich bis vor relativ kurzer Zeit nur wenig mit der Säuglingsfürsorge beschäftigt. Die enorme Säuglingssterblichkeit wurde als etwas Normales, Selbstverständliches, Unabwendbares hingenommen. Erst in relativ neuerer Zeit haben Hygieniker und Ärzte dieser für das Volkwohl so überaus wichtigen Frage die gebührende Aufmerksamkeit zugewandt. Gegenwärtig steht die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Brennpunkt aller sozialhygienischen Bestrebungen. Nachdem unwiderleglich klargelegt ist, daß die hohe Säuglingssterblichkeit kein naturnotwendiges Ventil gegen Übervölkerung und Überproduktion ist, hat die Erkenntnis immer mehr Platz gegriffen, daß jeder Lebendgeborene ein volkswirtschaftliches Kapital repräsentiert, mit dem der Staat wohl oder übel rechnen muß, soll er nicht alljährlich eine Einbuße von vielen Millionen durch den Massentod von Säuglingen erleiden, und sich im Gegensatz zu früher als sorgenvoller Ausblick in die Zukunft das Gespenst der Entvölkerung entrollen. Es sei daran erinnert, daß die Säuglingssterblichkeit in

Schweden-Norwegen 9—10 % beträgt, in der Schweiz und Holland 15 %, in Frankreich 17 %, in Italien 18 %, daß sie in Preußen auf 20—22 % ansteigt, in Süddeutschland 25—27 % erreicht, und selbst Rußland mit 27 % noch von Sachsen mit 28 % übertrumpft wird.

Aus der umstehenden Tabelle I ist die Säuglingssterblichkeit in Kiel vom Jahre 1870—1905 ¹⁾ ersichtlich. Die Zahlen stammen aus den amtlichen Angaben, die in den städtischen Verwaltungsberichten niedergelegt sind.

Für das Jahr 1906 beträgt die Säuglingssterblichkeit in Kiel 18,5 %. Eine Zahl, die nicht absolut ungünstig erscheint im Vergleich mit anderen deutschen Großstädten, von denen im gleichen Jahre 20 eine höhere, 16 eine niedrigere Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahr aufweisen. Viel ungünstiger fällt schon der Vergleich für Kiel aus, wenn wir es mit den dänischen Städten vergleichen, denen es sowohl in klimatischer Beziehung als auch in bezug auf Milchproduktion und Milchversorgung viel näher steht als den deutschen Großstädten.

Für die dänischen Städte stehen mir die Zahlen aus den Jahren 1899—1903 zur Verfügung, sie ergeben eine Säuglingssterblichkeit von nur 15,1 %.

Es soll nun meine Aufgabe sein, die Zahlen ²⁾, die uns die Säuglingssterblichkeit in Kiel für das Jahr 1906 anzeigen, zu zergliedern und zu zerlegen, um so zu zeigen, daß die Sterblichkeit noch bedeutend herabgemindert werden kann, wenn man den Ursachen auf den Grund geht und sie systematisch bekämpft.

Zunächst soll die Verteilung der Sterbefälle auf die einzelnen Monate und die Beteiligung der einzelnen Bevölkerungsschichten an der Säuglingssterblichkeit dargestellt werden. (Tabelle II.)

Die Verteilung der Todesfälle auf die einzelnen Monate des Jahres zeigt, daß der sogenannte Sommergipfel, der den Einfluß der akuten Ernährungsstörungen kennzeichnet, für Kiel in die Monate August und September fällt. Eine ausgesprochene Zacke,

¹⁾ Die Zahlen bis zum Jahre 1890 habe ich den Berichten des verstorbenen Kreisphysikus Herrn San.-Rat Dr. Joens entnommen, vom Jahre 1891—1905 denen des Herrn Stadtarztes Medizinalrat Dr. Bockendahl.

²⁾ Die antlichen Unterlagen wurden mir von Herrn Direktor Rosenberg vom statistischen Amt der Stadt Kiel bereitwilligst zur Verfügung gestellt wofür ich ihm auch an dieser Stelle meinen besonderen Dank ausspreche.

Tabelle I.
Die Säuglingssterblichkeit in Kiel in den Jahren 1871—1906.

Kalender- jahr	Zahl der Lebendgeborenen		Lebend- geborene auf 1000 Einw.	Sterbefälle unter 1 Jahr		In % aller Ge- storbenen	Von 100 Lebendgeborenen starben im 1. Lebensjahr	
	ehelich	unehelich		ehelich	unehelich		ehelich	unehelich
1870	—	—	—	—	—	29,9	—	—
1871	—	—	722	—	—	29,8	—	26,59
1872	—	—	—	—	—	26,1	—	—
1873	—	—	—	—	—	31,2	—	—
1874	—	—	—	—	—	37,0	—	—
1875	—	—	1078	—	—	33,0	—	26,34
						Durchschnitt: 31,0		
1876	1293	233	1526	—	—	37,5	—	17,5
1877	1314	249	1563	—	—	33,7	—	17,5
1878	1407	234	1641	—	—	31,3	—	16,4
1879	1360	267	1627	—	—	29,8	—	14,6
1880	1396	231	1627	—	—	36,5	—	19,3
						Durchschnitt: 33,5		
1881	1459	263	1722	—	—	28,2	—	18,0
1882	1506	271	1777	—	—	33,5	—	18,1
1883	1533	248	1781	—	—	31,4	—	16,0
1884	1614	275	1889	—	—	35,4	—	20,2
1885	1674	277	1951	—	—	30,6	—	16,2
						Durchschnitt: 31,8		
1886	1673	303	1976	—	—	34,9	—	22,7
1887	1761	326	2087	—	—	35,8	—	20,7
1888	1879	354	2233	—	—	33,2	—	16,5
1889	2068	385	2453	—	—	32,3	—	20,3
1890	2239	408	2647	—	—	31,5	—	17,3
						Durchschnitt: 34,6		

1891	3486	453	2938	43,6	—	—	—	541	32,8	—	—	18,4
1892	2459	486	2944	43,6	—	—	—	523	34,6	—	—	17,7
1893	2566	513	3079	40,5	—	—	—	599	34,2	—	—	19,4
1894	2638	520	3158	39,7	—	—	—	517	35,2	—	—	16,3
1896	2713	477	3190	38,8	—	—	—	764	45,0	—	—	23,9
								Durchschnitt: 36,3				
1896	2768	556	3324	36,9	460	188	—	648	42,9	16,9	34,3	19,4
1897	2604	580	3184	33,7	435	166	—	601	39,3	16,7	28,6	18,8
1898	2686	561	3264	32,8	439	171	—	610	39,7	16,4	30,5	18,7
1899	2818	546	3364	32,5	525	203	—	728	40,4	18,6	37,1	21,0
1900	2865	503	3368	31,2	515	176	—	691	37,7	18,0	35,0	20,5
								Durchschnitt: 39,9				
1901	3575	528	4103	32,19	706	168	—	874	39,8	19,8	31,8	21,3
1902	3696	562	4268	31,48	636	121	—	656	32,1	14,5	21,5	15,4
1903	3902	641	4543	32,18	560	180	—	740	34,1	14,4	28,4	16,3
1904	4138	679	4817	32,40	642	195	—	837	37,6	15,5	29,1	17,4
1905	4283	703	4986	31,81	693	229	—	923	38,6	16,2	32,6	18,4
								Durchschnitt: 36,6				
1906	4506	804	5310	32,1	752	230	—	982	37,1	16,69	28,6	18,5

Tabelle II.

Übersichtstabelle der im Jahre 1906 vor Ablauf des 1. Lebensjahres gestorbenen Kinder nach dem Stande des Vaters und nach Monaten geordnet.

Es starben:	X												Zahl der Lebend- geborenen	Zahl der Gestorbenen	%
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII			
Uneheliche . . .	18	12	25	17	16	12	20	34	32	19	14	11	230	804	28,6
Arbeiterstand . .	27	30	37	55	36	31	49	93	88	36	35	44	561	2810	19,9
Mittelstand . . .	6	13	10	16	10	5	10	35	34	15	12	14	180	1515	11,9
Höhere Stände . .	0	0	1	3	2	1	3	0	0	0	0	1	11	181	6,0
	51	55	73	91	64	49	82	162	154	70	61	70	982	5310	18,5
	Eheliche												752	4506	16,69

die den gehäuften winterlichen Erkrankungen der Atmungsorgane entspräche, findet sich nicht, nur eine kleinere Erhebung im April.

Die Zahl der Lebendgeborenen des Jahres 1906 beträgt 5310.
Davon sind: unehelich 804, ehelich 4506.

Die Ehelichen verteilen sich nach dem Stand des Vaters geordnet wie folgt:

Arbeiterstand	2810
Mittelstand	1515
höhere Stände	181.

Im gleichen Jahre betragen die Todesfälle bei Säuglingen 982.
Davon sind:

unehelich 230, ehelich 752.

Von diesen letzteren kommen auf den

Arbeiterstand	561
Mittelstand	180
höhere Stände	11.

Es starben also prozentualiter ausgedrückt von

840 Unehelichen	230 = 28,6 %
2810 Kinder des Arbeiterstandes	561 = 19,9 %
1515 „ „ Mittelstandes	180 = 11,9 %
181 „ „ höherer Stände	11 = 6 %.

Von 4506 Ehelichen insgesamt 752 = 16,69 %.

Diese Zahlen sprechen deutlich. Erstens das Verhältnis zwischen Ehelichen und Unehelichen, deren Sterblichkeitsziffer um 12 % höher ist. Dann die Abstufung bei den Ehelichen genau der wirtschaftlichen Lage der Erzeuger entsprechend

bei den Arbeitern	19,9 %
beim Mittelstand	11,9 %
bei den höheren Ständen	6 %

Säuglingssterblichkeit.

Diese Beobachtung für Kiel reiht sich den Ergebnissen an, die an allen Orten gefunden worden sind, wo die Sterbeziffer der Säuglinge nach diesem Gesichtspunkte betrachtet wurde. Die Säuglingssterblichkeit ist abhängig von der sozialen Lage der Erzeuger.

Die gleiche Erfahrung können wir der Tabelle III entnehmen, in der die Geburten und Sterbefälle nach Stadtteilen getrennt sind. Das statistische Amt hat das Gebiet der Stadt Kiel zwecks statistischer Bearbeitung in 12 Bezirke geteilt, die auch wir beibehalten.

Tabelle III.

Geburten und Sterbefälle nach Stadtteilen geordnet.

Stadtteil	Lebendgeborene	Sterbefälle unter 1 Jahr	%	Einwohnerzahl Ende 1906
1	110	13	11,8	5545
2	219	54	24,6	8813
3	380	65	17,1	14537
4	231	66	28,5	9728
5	625	127	20,3	22910
6	339	19	5,6	4649
7	270	24	8,8	8435
8	181	24	13,2	6600
9	555	107	19,3	13414
10	480	102	21,2	12171
11	980	199	20,3	25177
12	940	184	19,5	24887
				12924
				Schiffsbesatzung
Sa.	5310	982		169790

Bei der Bewertung dieser Zahlen muß man zunächst den Bezirk 4 mit seiner Säuglingssterblichkeit von 28,5 % außer Betracht lassen. In diesem Bezirk liegt das Prinz-Heinrich-Kinderhospital, und durch die Ansammlung von Schwerkranken wird diese hohe Ziffer bedingt. Aber auch so bieten diese Zahlen noch interessante Ergebnisse. Die niedrigste Säuglingssterblichkeit zeigen die Bezirke 6, 7 und 1. Die Bezirke 6 und 7 entsprechen dem weitbebauten reichen Villenviertel. Der Bezirk 1 umfaßt das geschäftliche Zentrum der Stadt, wo relativ wenig Privatwohnungen sind, und diese sind zumeist von dem wohlhabenden Kaufmannsstande usw. bewohnt. Der weitbebaute Bezirk 8, die Wik, mit 13,2 % Sterblichkeit, ist zum weitaus größten Teil von Marineangehörigen, die dort ihre großen Kasernements haben, bevölkert. Die höchste Sterbeziffer ergibt der Bezirk 2, der Altstadt angehörend, eng bebaut mit älteren Häusern, und dicht bevölkert, dem auch das sogenannte Gängeviertel angehört, das seiner Sanierung entgegenseht. Die Außenviertel 5, 9, 10, 11 und 12 sind die Domäne der Arbeiterschaft, die hier meist in großen Etagenhäusern eng aneinander wohnt.

Die Säuglingssterblichkeit ist in ihrer Höhe immer abhängig von der Ernährung und den Ernährungsstörungen. Es ist mir vorläufig nicht möglich, genaue Zahlen über die Häufigkeit des Stillens in Kiel anzugeben, jedoch gewinnt man den Eindruck,

daß das Stillgeschäft hier noch regelmäßig durchgeführt wird als in anderen deutschen Städten, ohne daß wir jedoch das Ideal unserer nördlichen Nachbarn erreichen, wo es ja zur Ausnahme gehört, wenn ein Kind die ihm zukommende Mutterbrust nicht erhält.

Die Ernährungsstörungen sind der maßgebende Faktor für die Höhe der Säuglingssterblichkeit. In der nebenstehenden Tabelle IV habe ich deshalb die Todesfälle nach diesem Gesichtspunkte allein geschieden.

Im Jahre 1906 starben 982 Säuglinge. Von diesen starben an:

Ernährungsstörungen:
506 = 51,5 %

allen übrigen Krankheiten:
476 = 48,4 %.

Die an Ernährungsstörungen Gestorbenen verteilen sich folgendermaßen.

Tabelle IV.
Todesfälle der Kinder unter 1 Jahr nach Krankheitsursachen und Ständen geordnet.

Es starben an:	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Sa.	%
I. Ernährungsstörungen	19	19	28	30	25	20	34	122	117	41	22	29	506	51,5
Stand: Uneheliche	8	7	15	7	12	6	9	29	26	11	5	8	143	62,2
Arbeiterstand	10	10	11	19	10	12	21	73	69	19	11	17	282	50,3
Mittelstand	1	2	1	4	3	2	4	20	22	11	6	3	79	43,8
Höhere Stände	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	18,1
II. Andere Krankheiten	32	36	45	61	39	29	48	40	37	29	39	41	476	48,4
Stand: Uneheliche	10	5	10	10	4	6	11	5	6	8	9	3	87	37,8
Arbeiterstand	17	20	26	36	26	19	28	20	19	17	24	27	279	49,7
Mittelstand	5	11	9	12	7	3	6	15	12	4	6	11	101	56,2
Höhere Stände	0	0	0	3	2	1	3	0	0	0	0	0	9	81,9

Es starben an Ernährungsstörungen

von 230 unehelichen Kindern	143 = 62,2 %
„ 561 Kindern des Arbeiterstandes	282 = 50,3 %
„ 180 „ „ Mittelstandes	79 = 43,8 %
„ 11 „ „ höherer Stände	2 = 18,1 %.

Also auch hier wieder die Staffe lung genau entsprechend den wirtschaftlichen Verhältnissen der Eltern.

Betrachten wir dagegen die 476 an anderen Krankheiten Gestorbenen, so finden wir folgende Prozentzahlen. Es starben an anderen Krankheiten

von 230 unehelichen Kindern	87 = 37,8 %
„ 561 Kindern des Arbeiterstandes	279 = 49,7 %
„ 180 „ „ Mittelstandes	101 = 56,2 %
„ 11 „ „ höherer Stände	9 = 81,9 %.

Also hier, wo hauptsächlich die Erkrankungen der Atmungsorgane und „Lebensschwäche“ in Betracht kommen, genau das umgekehrte Verhältnis. Sicherlich ein Zeichen dafür, daß nicht körperliche Minderwertigkeit allein der letzte Grund ist, sondern Mangel an Pflege und Ernährung die beiden Punkte sind, die hier die Hauptrolle spielen. Hier muß der Hebel einsetzen, und hier kann er eingesetzt werden. Erfreulicherweise herrscht an den berufenen Stellen unserer Stadtverwaltung volles Verständnis für diese Frage, das zeigen die Taten. Seit Beginn dieses Jahres haben wir in Kiel eine Berufsvormundschaft, und städtische Pflegerinnen kontrollieren alle in Außenpflege gegebenen Kinder. Über die Reformierung der ärztlichen Überwachung bestehen zurzeit Erwägungen, die hoffentlich dahin führen, daß Kiel eine allen modernen Anforderungen entsprechende Säuglingsfürsorge in absehbarer Zeit erhält. Eine Herabminderung unserer noch recht beträchtlichen Säuglingsterblichkeit dürfte der Lohn für diese Bestrebungen sein.

Die folgende Tabelle V soll noch zeigen, welchen großen Anteil gerade die ersten Lebenstage an der Säuglingsterblichkeit haben. Alle diese Fälle sind entsprechend der Diagnose „Lebensschwäche“ zu den „anderen Krankheiten“ Gestorbenen gerechnet; obschon sicher manche, z. B. die Frühgeburten, an der Schwierigkeit der Ernährung scheiterten. Die Zahlen der an Ernährungsstörungen Gestorbenen sind also in Wirklichkeit sicher noch etwas ungünstiger, als wie sie aus Tabelle IV berechnet wurden.

Tabelle V.

Die im 1. Lebensjahre Gestorbenen nach Alterstagen
und Monaten geordnet.

Gestorben:			
1. Tag	46	0.—1. Monat .	267
2. "	50	1.—2. " .	158
3. "	15	2.—3. " .	124
4. "	8	3.—4. " .	104
5. "	6	4.—5. " .	66
6. "	2	5.—6. " .	74
7. "	4	6.—7. " .	40
8. "	5	7.—8. " .	34
9. "	8	8.—9. " .	31
10. "	9	9.—10. " .	32
11. "	3	10.—11. " .	30
12. "	4	11.—12. " .	21
13. "	5		
14. "	10		
15. "	7		
15.—30. Tag . .	85		

549

244

105

83

Es entfallen also auf die beiden ersten Lebenstage, 96 d. h. etwa $\frac{1}{10}$ aller Sterbefälle, auf den ersten Monat 267 von 982 Sterbefällen insgesamt.

Nach Lebensquartalen geordnet starben:

im 1. Lebensquartal 549

" 2. " 244

" 3. " 105

" 4. " 83.

Also auch hier die alte Erfahrung, daß die jüngsten Individuen am stärksten gefährdet sind.

Von den 982 Gestorbenen waren 28 Ortsfremde. Sie waren in der hiesigen Gebäranstalt zur Welt gekommen und hier in Pflege geblieben.

Referate.

Hoffa, Dr. Th., leitender Arzt. **Ärztlicher Jahresbericht über das „Barmer Säuglingsheim mit Krippe“** für die Zeit vom 1. Mai 1907 bis 31. März 1908. Zentralblatt f. d. allg. Gesundheitspflege, Juli 1908.

Die Anstalt, über deren Einrichtung ausführlich berichtet ist in Heft 5 und 6, Jahrg. 1908 dieser Zeitschrift, verpflegte 4 Arten von Kindern:

1. stationäre Säuglinge (eigentliches „Säuglingsheim“),
2. Krippensäuglinge (Verpflegung nur tagsüber),
3. stationäre Kinder von 1—3 Jahren (sog. „Kinderheim“),
4. Krippenkinder von 1—3 Jahren.

Während der Berichtszeit wurden im ganzen 205 Kinder verpflegt, die sich wie folgt verteilen:

	Säuglingsheim	Kinderheim	Krippensäuglinge	Krippe	Insgesamt
Bestand am 1. V. 07	8	2	7		17
Zugang vom 1. V. 07 bis 31. III. 08	112	36	40		188
Abgang vom 1. V. 07 bis 31. III. 08	81	34	36		151
Bestand am 1. IV. 08	39	4	11		54

Die Gesamtzahl der vollen Verpflegungstage (Tag- und Nachtverpflegung) betrug 12 643.

Die Gesamtzahl der Krippenverpflegungstage (Verpflegung nur tagsüber) betrug 3 208.

Die durchschnittliche Verpflegungsdauer betrug:

bei den stationären Kindern 80 Tage,

bei den Krippenkindern 68,3 „ .

Die Anstalt war durchschnittlich täglich belegt mit

37,6 stationären
und 9,5 Krippen- } Kindern,

in Summa also mit 47,1 Kindern.

Die Gesamtausgaben betrugen 42 113,14 M.

Wenn wir die Kosten eines Krippenverpflegungstages mit 1 M. annehmen, so würden sich die Kosten für einen vollen Verpflegungstag stellen auf

$$\frac{42\,113,14 - 3\,208}{12\,643} = 3,07 \text{ M.}$$

Die der Schloßmannschen nachgebildete Dienstenteilung hat sich gut bewährt. Die Gesundheitsverhältnisse der Schwestern, Schülerinnen und Pensionärinnen waren im allgemeinen günstig. In der Krippe und dem Kinderheim gediehen die Kinder recht gut bei lactovegetabler Ernährung, ausgedehnter Freiluftbehandlung und rationaler Pflege. Besonders erfreulich waren die Erfolge der Rachitisbehandlung. Der Wert einer knappen Ernährung wird besonders betont.

Mehrmals kamen Fälle von Masern und Stiekhusten unter den Krippenkindern vor. Schleunige Entlassung der Erkrankten verhütete die Entstehung von Epidemien. Einschleppung ins Säuglingsheim kam nicht vor, nur einige leichte Varicellenfälle traten hier auf.

Bei den Krippensäuglingen wurde vielfach Allaitement mixte mit gutem Erfolg durchgeführt, indem die Kinder 3mal täglich von ihren Müttern gestillt wurden (Stillkrippe).

Im eigentlichen Säuglingsheim wurden im ganzen 120 Kinder verpflegt, von denen 81 zur Entlassung kamen und 39 am 1. April 1908 im Bestand blieben. Von diesen 120 Kindern kamen zur Aufnahme:

1. wegen Krankheit 50
2. zur Pflege 61
3. als Ammenkinder 9.

Von den zur Pflege aufgenommenen Kindern waren nur die wenigsten als gesund im ärztlichen Sinne anzusehen.

Die nachstehende Tabelle gibt ein ungefähres Bild von dem Zustand der Kinder bei der Aufnahme:

Alter	Zahl der Kinder	Mindest- gewicht	Höchst- gewicht	Durch- schnitts- gewicht	Normaler Durch- schnitt
0— 7 Tage	6	2350	3820	3103	3390
8—14 "	7	2900	3300	3090	3500
15—31 "	12	2100	4450	3074	3700
1— 2 Monate	12	1660	4440	3331	4000
2— 3 "	18	2575	6200	3869	5000
3— 4 "	5	3800	6880	5282	5330
4— 5 "	10	2200	6270	5016	6000
5— 6 "	8	2980	6320	5177	7000
6— 7 "	7	2760	7650	5335	7500
7— 8 "	5	5070	7250	6214	7750
8— 9 "	1	—	—	7860	8200
9—10 "	4	4450	10260	6982	8400
10—11 "	5	5570	7530	6728	8800
11—12 "	4	4840	9280	7132	9980
über 1 Jahr	16				
Gesamtsumme	120				

Von den 120 Kindern gingen ab:

als gesund bzw. geheilt entlassen	50
„ gebessert entlassen	20
„ ungeheilt entlassen	5
gestorben	6
	<hr/>
	Sa. 81
Mithin Bestand am 1. 4. 08	39.

Es litten bei der Aufnahme an:

akuter Ernährungsstörung	12
chronischer „ (Atrophie)	17
Schwäche (Öbilitas bzw. Frühgeburt)	3
Darmverschluß (Invagination)	1
Leistenbruch	2
angeb. Mißbildung (Atresia ani perinealis)	1
Wasserkopf (Hydrocephalus aequiosur)	1
Rachitis	4
Krämpfen (Spasmophilie, Laryngospasmus, Eklampsie, Tetanie)	3
Furunkel, Zellgewebsentzündung, Ekzem	4
Lungenentzündung	1
Brustfelleiterung (Empyem)	1
	<hr/>
	Sa. 50.

Es wurden im Berichtsjahr 9 Ammen mit ihren Kindern aufgenommen, die größtenteils sehr lange Zeit blieben (5 blieben über den 31. 3. 08 hinaus). Die Ergiebigkeit der Brustdrüsen war eine recht gute, eine Milchproduktion von 2000 g pro Tag wurde von fast allen Ammen erreicht und monatelang erhalten. Im ganzen wurden während der Berichtszeit geliefert:

von den Hausammen	1775,555 kg Milch
von den Hilfsammen	419,985 „ „
	<hr/>
Es standen also zur Verfügung insgesamt	2195,540 kg Milch
d. i. durchschnittlich pro Tag	6,534 kg.

Es konnten im ganzen 65 Säuglinge ganz oder teilweise mit Muttermilch bzw. Ammenmilch ernährt werden. Das Betragen der Ammen war durchgehend ein recht gesittetes und ordentliches.

Über die Behandlungsergebnisse ist folgendes zu sagen: von der Geißel des Hospitalismus blieb die Anstalt völlig verschont. Alle gesund eingelieferten Kinder blieben gesund und entwickelten sich prächtig. Während der Wintermonate trat die Grippe endemisch auf, fast sämtliche Kinder wurden von ihr befallen; einige Male kam es auch zu ernsteren Komplikationen (Mittelohrentzündung, Lungenentzündung, langanhaltenden Fieberzuständen), doch heilten schließlich alle Fälle ohne dauernde Schädigung der Kinder aus. Mit Beginn der Freiluftbehandlung der Säuglinge, Ende Februar, erlosch die Endemie.

Sonstige interkurrente Krankheiten kamen nicht vor, insbesondere keine Ernährungsstörungen gesunder Kinder, obwohl die in der Anstalt verwendete Kuhmilch noch lange nicht allen berechtigten Anforderungen entspricht.

Die Erfolge in der Behandlung kranker Kinder können als recht gute bezeichnet werden, als Beleg für die erzielten Resultate werden Auszüge aus einigen Krankengeschichten (mit 2 Abbildungen) gegeben.

Eine Anzahl kleinerer und größerer Operationen wurde ausgeführt (zwei Radikaloperationen des Leistenbruchs, eine Rippenresektion wegen Empyem, eine Laparotomie wegen Invagination, eine plast. Operation wegen Atresia ani perinealis).

Die 6 Todesfälle werden einzeln aufgeführt mit kurzen Auszügen aus der Krankheitsgeschichte:

1. 2 monatl. Kind, schwerste aliment. Intoxikation, Tod am 5. Tag;
2. 13 monatl. Kind, schwere Rachitis und Atrophie (4840 g). Ursache des plötzlichen Todes nicht aufgeklärt.
3. 1 $\frac{1}{2}$ jähriges Kind. Tod an ausgebreiteter kruppöser Pneumonie.
4. 6 wöchentl. Kind, moribund mit akuter Ernährungsstörung aufgenommen. Tod nach 3 Stunden.
5. 8 monatl. Kind. Invagination. Tod 4 Stunden post operationem.
6. 9 monatl. Kind. Ausgebreitete Tuberkulose der Lunge, des Darms usw.

Autoreferat.

Zeitschrift für Säuglingsfürsorge

Band 2

1908

Nr. 10

Ein Beitrag zur Milchversorgung, Säuglingsfürsorge und Mutterberatung.

Von

G. Kolleck.

Seitdem die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit auf der Tagesordnung steht, sind auch in der Rheinprovinz wesentliche Fortschritte zu verzeichnen, die auf eine bessere Gewinnung der Säuglings- und Kinder-, wie der Milch überhaupt, hinzielen.

In der Propaganda für den Nährwert der Milch und ihre Bedeutung als Volksgetränk und als Volksnahrungsmittel hatte die Gesellschaft für Milchausschank in Rheinland und Westfalen zu Düsseldorf unter dem Vorsitz des Kommerzienrates Möhlau zuerst eingesetzt; sie hatte bis Ende 1907 102 Milchhäuschen errichtet. In diesen Häuschen erfolgt der Innenausschank von Vollmilch täglich von früh morgens bis spät abends. Ebenso wird Magermilch und neuerdings auch Buttermilch ausgeschenkt in Gläsern von $\frac{1}{4}$ und $\frac{1}{8}$ Liter zum Preise von 10 und 5 Pf. Teilweise erfolgt auch die Zugabe von Backwerk, Brötchen und Zwieback ohne Erhöhung der Milchpreise seitens der Pächter. Geöffnet sind die schmucken Milchhäuschen das ganze Jahr hindurch im Winter wie im Sommer und laden zum behaglichen Aufenthalt im Innern ein. Die Sache hat allgemeinen Anklang gefunden und wird von Industriellen und sonstigen Arbeitgebern, sowie von den Gemeinden und Privaten tatkräftig unterstützt: ein ansehnliches Betriebskapital steht der Gesellschaft zur Verfügung.

Nächst ihr ist der Verein für Säuglingsfürsorge für den Regierungsbezirk Düsseldorf (E. V.) auf den Plan getreten. Er verfolgt den Zweck, die Säuglingssterblichkeit im Regierungsbezirk Düsseldorf zu bekämpfen und für die physische Kraft des heranwachsenden Geschlechts, vornehmlich in den arbeitenden und minderbemittelten Klassen, von dessen Anbeginn zu sorgen.

Insbesondere will er eine Zentralstelle schaffen, bei welcher die Ursachen der Säuglingskrankheiten und die Mittel zu ihrer Verhütung erforscht werden: er will weiter die Ergebnisse der

von dieser und anderen Stellen geleiteten Forschungen der breitesten Öffentlichkeit und zumal den Müttern vermitteln durch Errichtung einer für Unbemittelte unentgeltlichen Auskunftsstelle, durch Wanderlehrer, durch Herausgabe von Flugschriften, durch Veranstaltung von Kursen für Hebammen, Kinderpflegerinnen und Ärzte, und durch Förderung alles dessen, was für das leibliche und geistige Wohl des heranwachsenden Geschlechts von Vorteil ist. Unter allem sollen auch örtliche gemeinnützige Veranstaltungen für Säuglingsfürsorge innerhalb des Regierungsbezirks Düsseldorf angeregt und — eventuell mit Geldmitteln — gefördert werden. Als weiteres Hilfsmittel soll ein Musterstall dienen, der im Bau begriffen ist.

Zu seinem Mitgliede und ärztlichen Berater zählt der Vorstand dieses Vereins den bekannten Kinderarzt Dr. Schloßmann, Professor für Kinderheilkunde und dirigierender Arzt der Kinderklinik an den neuen städtischen Krankenanstalten in Düsseldorf, welche, nebenbei bemerkt, gleichzeitig die Akademie für praktische Medizin beherbergt. Die Kinderklinik ist die erste in Deutschland seitens einer Kommune selbst errichtete Anstalt zur Versorgung kranker Säuglinge und Kinder.

Der Verein für Säuglingsfürsorge hat für das Jahr 1908 sein Programm folgendermaßen entwickelt.

Vom 21. Januar ab werden einmal wöchentlich Vorträge — im ganzen sechs — für Damen in Düsseldorf über die Pflege und Ernährung des Säuglings gehalten. Hebammenkurse finden statt im März, Juni—Juli und November zur praktischen und theoretischen Ausbildung in der Säuglingspflege, zur Unterweisung in der Zubereitung der Säuglingsnahrung in der Milchküche und in der Technik in der natürlichen Ernährung usw. — Für Ärzte ist ein Ausbildungs- und Fortbildungskursus in der Physiologie, Pathologie und Hygiene des Säuglingsalters und in der Säuglingsfürsorge im Juni und November geplant. Kurse für Pflegerinnen zur praktischen und theoretischen Ausbildung in der Säuglingspflege finden jederzeit statt, während im September ein Kursus für Säuglingsfürsorge für Interessenten aus allen Berufskreisen veranstaltet werden wird. Die erste Konferenz des Vereins für Säuglingsfürsorge findet am 14. April statt mit dem Thema: „Vormundschaft und Kostkinderfrage mit besonderer Berücksichtigung der im ersten Lebensjahre stehenden Kinder.“

Säuglings- und Kindermilchanstalten bestehen u. a. in Bergisch-Gladbach, Bonn, Köln, Langenberg (Rheinland), Mühlheim a. Rh., München-Gladbach. Köln plant einen großen Neubau. Langenberg hat einen eigenen Kuhstall mit 10—12 Weidekühen unter tierärztlicher Kontrolle und eine eigene Milchküche unter medizinisch-ärztlicher Aufsicht. Die Leitung dieser Küche haben die rührigen Vorstandsdamen des Langenberger Frauenvereins, Fräulein Colsmann und Feldmann, in Händen. Eine Mutterberatungs- und Säuglingsfürsorgestelle wird erstrebt.

Versorgt werden dort täglich ca. 40 Säuglinge und ca. 50 Kinder von einem Jahre aufwärts. Stall und Milchküche usw. sind eine Stiftung der Frau Kommerzienrat Feldmann, die Unterhaltungskostenzuschüsse trägt der Frauenverein. Für kleinere Gemeinden dürfte diese Musteranstalt vorbildlich werden.

In städtischer Regie befinden sich die übrigen Milchanstalten. Nur unter tierärztlicher Leitung stehen die Anstalten der Städte Bergisch-Gladbach, Köln und Mühlheim a. Rh., während die Säuglingsmilchanstalt der Stadt Bonn unter tierärztlicher Aufsicht, aber in Verbindung mit einer in der Königlichen Universitätsklinik Bonn untergebrachten Mutterberatungs- und Säuglingsfürsorgestelle steht. Die Bonner Fürsorgestelle hat außerdem den großen Vorzug, daß sie die Regelung des Ziehkinderwesens mit der Stadt gemeinsam auf Grund eines besonderen Reglements betreibt.

Die Stadt München-Gladbach hat ihre, dem städtischen Nahrungsmitteluntersuchungsamt unterstellte Säuglingsmilchanstalt mit dem neu eröffneten Säuglingsheim, welches zugleich eine Mutterberatungs- und Säuglingsfürsorgestelle unterhält, in Verbindung gebracht. Der zugehörige modern und hygienisch eingerichtete Stall mit 43 Milchkühen steht unter der Kontrolle von 2 Ärzten, 2 Stadtchemikern und 2 Tierärzten.

Aus rein wirtschaftlichen und rein praktischen Gründen sind, abgesehen von der Langenberger und München-Gladbacher Anstalt, alle genannten Kindermilchanstalten den städtischen Schlachthöfen angegliedert. Dort ist der nötige Dampf für die Milchkocherei und die Sterilisation der leeren und gefüllten Milchflaschen, die elektrische Kraft für den maschinellen Antrieb der Spüleinrichtungen und Separatoren und Beleuchtung, ferner sind dort die Kühlanlagen für die Tiefkühlung der Milch schon vorhanden. Gleichzeitig liegt die Leitung der Milchanstalt und die Kontrolle der

Kuhställe, welche die Milch anliefern, in einer Hand, nämlich beim Schlachthof-Tierarzt oder -Direktor.

Alle Milchanstalten sind mit den modernsten technischen Einrichtungen des Molkereibetriebes versehen. Die Milchmischungen werden in Portionsflaschen, dem Lebensalter des Säuglings entsprechend, meistens nach der Biedertschen oder Siegerschen Methode hergestellt und an bemittelte zum Marktpreise, an unbemittelte Personen zum ermäßigten Preise oder ganz frei abgegeben. Die Zuschüsse tragen Städte oder Wohltätigkeitsvereine. Einen Mangel haben diese Anstalten mit den bereits angedeuteten Ausnahmen, daß sie nicht in Verbindung mit einer Mutterberatungs- und Säuglingsfürsorgestelle stehen, was selbst die Leiter der Milchanstalten als einen solchen empfinden.

Ohne eine solche Stelle wird die Selbststillung nicht gefördert, im Gegenteil, sie verleitet viele Mütter durch den leichten und wohlfeilen Bezug von trinkfertiger Kindermilch geradezu zur künstlichen Ernährung ihres Säuglings.

So ist z. B. eine Verabfolgung von Stillprämien an selbststillende Mütter schlechterdings ohne eine ärztliche Kontrolle der Mutter und ihres Säuglings durch die Säuglingsfürsorgestelle nicht gut denkbar. Aber auch zur Kindermilchfabrikation ist die Unterstützung der Ärzteschaft unerlässlich, denn die Ernährung kranker Säuglinge läßt sich nur individuell bestimmen; in die üblichen Milchschemas der Anstalten läßt sie sich nicht eingliedern; hier muß der Arzt von Fall zu Fall bestimmen, wie die Milch gemischt oder welche Nahrung dem Säugling dargereicht werden soll. Man gibt dann Buttermilch-Magermilchmischungen und Malzsuppen (nach Keller), deren Mischung der Arzt verordnet und die z. B. in den Säuglingsheimen in Barmen und Haan verabreicht werden.

Die schwierigste Frage ist wohl die Gewinnung der nötigen Rohmilch aus einwandfreien Ställen. Tuberkulose und nicht sauber gehaltene und schlecht gefütterte Kühe, dumpfe, enge und dunkle Stallungen, Mangel von luftigen Milchaufbewahrungsräumen, unsaubere und verrostete Transportgefäße, lange Milchtransporte in glühender Sommerhitze auf offenen Wagen müssen die Milch verderben. Interessante, aber vielleicht etwas zu schwarz gemalte Beobachtungen hierzu teilt der Schlachthofdirektor Suckow in seinem Schriftchen: „Leitfaden zur Errichtung von Kindermilchanstalten“ (Verlag von Schaper, Hannover) mit.

In Amerika ist man nach dem Berichte des Reichs-Gesundheitsamts über das Gesundheitswesen auf der Weltausstellung in St. Louis, in bezug auf Milchkontrolle, namentlich in einzelnen amerikanischen Städten, doch schon recht weit vorgeschritten. In New York z. B. bedürfen nicht nur Milchhandlungen und Molkereien, sondern auch alle bauerlichen Wirtschaften, die Milch nach der Stadt liefern, der polizeilichen Genehmigung zum Betriebe. Die Konzessionsbedingung fordert hier Angabe über: Menge und Herkunft der Milch, Transportdauer, Beschaffenheit der Räume, Reinigung und Aufbewahrung der Milchkannen, Verwendung unverkaufter Milch, Vorkommen ansteckender Krankheiten. Dem Konzessionsgesuch für den Milchwirtschaftsbetrieb muß eine Beschreibung beiliegen, die Auskunft gibt über: Baumaterial, Größe und Ventilation des Stalles, Luftkubus für jedes Rind; Abfluß der Jauche und Beseitigung des Düngers; Rasse, Zahl, Ernährung und Wartung der Kühe; Aufbewahrung des Futters; Wasserversorgung des Geschäfts; Zustand der Kannen und Kübel und Versand der Milch nebst einem Wasseruntersuchungsbefunde. 40 amtliche Inspektoren wachen über Milchproduktion und Milchverkehr. Ein Milchbelehrungsblatt des New Yorker Gesundheitsamtes belehrt die Produzenten, auf welche Weise sich die Bakterienzahl vermindern läßt.

Ein anderes Beispiel zur Milchkontrolle liefert Rochester. Es veröffentlicht das Gesundheitsamt monatlich den Keimgehalt der Milch. Infolgedessen bevorzugen die Bürger nur solche Milchhandlungen, die den niedrigsten Keimgehalt aufweisen, und so sind die Milchhändler dann gezwungen, auf Lieferung keimfreier Milch von ihren Milchbauern zu dringen. Während 1900 noch mehr als 5 Millionen Keime in 1 Kubikzentimeter in 10 % der untersuchten Fälle gefunden wurden, waren es 1904 nur in 3 %, was eine erhebliche Abnahme der Kindersterblichkeit zur Folge hatte. Auf dem Wege der Selbsthilfe versuchen in ähnlicher Weise auch bei uns schon einige Genossenschaftsmolkereien auf ihre Genossen und deren Personal einzuwirken, um wenigstens die größten Verfehlungen auszuschalten. Die Molkereizeitung gibt dafür einige charakteristische Beispiele. Milch, die sauer ankommt, erhält auf die Kanne einen roten Zettel aufgeklebt: „Sauer zurück!“ Für die Blamage des Genossen sorgt der „Mund der Leute“. Der Schmutz der Milch wird in Glasröhrchen aufgefangen und jedem

Fuhrmann gezeigt, wieviel Strich Schmutz die Genossen geliefert hatten. Auch hier appelliert der rote Zettel an das Ehrgefühl der Genossen.

Es liegt auf der Hand, daß bei unserer heimischen Milchgewinnung und Milchwirtschaft die scharfen Bestimmungen der genannten Stadtverwaltungen in Amerika zum Ruin der kleinbäuerlichen Verhältnisse führen würden.

So ist z. B. der Kleinbauer in einzelnen Gegenden der Landwirtschaft und besonders in der Nähe von den zahlreichen Industriestädten, Milch-, Butter-, Frischgemüse-, Kartoffel-, Obst-, Eier- und Geflügelhändler in einer Person. Auf seinem Gütchen, das, wenn es hoch kommt, 60 Morgen einschließlich Waldbestand, und einen Viehbestand von einem Pferd und 10 bis 12 Kühen umfaßt, gewinnt er in der Regel nur mit seinen Familienangehörigen und einem hochgelohnten Knechte oder Magd die Erzeugnisse seiner Eigenwirtschaft und setzt sie tagtäglich bei seinen Milchkunden ab. Bei diesen kleinen Bauern verbietet die ganze Lebenslage von selbst erschwerende Bedingungen der modernen aber teuren Milchgewinnung. Hier kann, wie bei den Genossenschaftsmolkereien, nur der Appell an das Ehrgefühl, das Beispiel von größeren Musterställen vorbildlich wirken. Auch bei polizeilichen Genehmigungen zum Neubau von Kuhställen wird man unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verhältnisse unter Hinweis auf die neuesten Errungenschaften der Molkereitechnik auf zweckmäßige und gesundheitliche Anlage des Stalles und seiner Nebenräume dringen können, ohne in schablonenhafte Vorschriften zu verfallen. Einen Musterstall, wohl zurzeit den besteingerichteten Kuhstall Deutschlands, besitzt Paul Klingelhöfer auf Haus-Horst bei Hilden (Rheinland), der möglichst keimfreie Rohmilch an die neuen Krankenanstalten der Stadt Düsseldorf und an ein größeres Stahlwerk nach Remscheid abgibt und tuberkelfreie Säuglingsmilch in Kühl-Postgebinden tagtäglich zum Versand bringt. Dieser neuerbaute, aus verschiedenen Abteilungen bestehende Stall ist hochmodern und nach den neuesten Grundsätzen der Hygiene eingerichtet, an Luft, Licht, Wasser und Ventilationseinrichtungen ist nicht gespart.

Zwecks Gewinnung einer einwandfreien Milch wird nach genauen Vorschriften über die Behandlung der Milch und der Kühe verfahren. Diese Vorschriften sowie alle Einrichtungen

gründen sich auf die Angaben einer ersten medizinischen Fachgröße auf dem Gebiete der Säuglingsbehandlung. Die strenge Durchführung der Vorschriften wird durch ärztliche und tierärztliche Kontrolle gewährleistet.

Die Futterzufuhr und die Dungabfuhr findet auf Schwebebahnen und schmalspurigen Bahnen statt. Die durch den Futtergang ganz durchlaufende Freßkrippe wird bei der Tränke an jedem Viehstande unaufhörlich von der Wasserleitung gespeist, so daß die Kühe das Wasser direkt aus dem Strahl aufnehmen können. Stallwände und Pfeiler sind mit Platten- (Kachel-) Belag versehen. Futtergang, Viehstand und Stallgasse sind asphaltiert. Zu jeder Stallabteilung gehört eine Kalt- und Warmwasser-Wascheinrichtung für die Schweizer zur vorschriftsmäßigen Benutzung vor dem Melken. Bei jeder Stallabteilung befindet sich ein Abnahmeraum für die gemolkene Milch. Im Stall wird die Milch nicht umgegossen.

Die zugehörige Molkerei besteht aus einem Milchkannen- und Milchflaschenpülraum, einem Milchverarbeitungsraum nebst Laboratorium (für Säure-, Fett- und Schmutzproben), einem Butterbereiteraum und einer Tiefkühlkammer.

Die einem Oberschweizer unterstehenden Schweizer sind kaserniert, werden vor ihrer Einstellung ärztlich untersucht, müssen tagtäglich die waschbare weiße Bekleidung, die Kopfbedeckung sowie die Unterwäsche wechseln und wöchentlich in der Badeanstalt mindestens zwei warme Bäder nehmen. Der Vorschrift nach müssen vor dem Melkgeschäft Hände und Arme gewaschen, die Fingernägel gereinigt werden.

Die Kühe werden tagtäglich gewaschen und gestriegelt, die Kuheuter werden vor jedem Melken besonders gereinigt und außerdem noch mit trockenen Tüchern abgerieben. Die gemolkene Milch geht schon im Stall durch Doppelwattefilter. Die den Schweizern abgenommene Milch wird gewogen, auf Schmutz und Fett jedesmal geprüft. Die an sich hoch gelohnten Schweizer erhalten nach dem Grade der Reinheit der von ihnen abgelieferten Milch für ihre Properität Extra-Geldprämien.

Die tiefgekühlte Rohmilch geht in Kannen mit Kühlanlagen versehenen Automobils in die Düsseldorfer Krankenanstalten; die mit Pergamentverschluß versehenen und in Papierdüten eingehüllten Flaschen mit tuberkelfreier Kindermilch in eigens konstruierten

Kühlmilchtransportwagen an die Stadtkundschaft oder zum Post- und Bahnversand. Veränderungen werden mit der Milch nicht vorgenommen, sie gelangt vielmehr mit dem jeweiligen natürlichen Fettgehalt (durchschnittlich fast 4 %) zur Ablieferung.

Die Rinder, allerbestes friesisches Niederungsvieh, werden schon vor dem Ankauf in den heimatlichen Ställen neben der klinischen Untersuchung einer Tuberkulinprobe unterzogen, die sich bei dem angekauften Vieh in regelmäßigen Zeiträumen wiederholt. Tiere, die auf die Probe reagieren, werden sofort ausrangiert. Wird damit schon die Gewinnung einwandfreier Milch gewährleistet, so wird die Milch daneben noch in regelmäßigen Zwischenräumen auf ihren Bakteriengehalt untersucht.

Der Stall selbst steht unter Kontrolle des Düsseldorfer Stadtarztes, eines Arztes der Düsseldorfer Krankenanstalten und einem Polizeitierarzt, so daß alle Garantien für die Gewinnung einer möglichst tuberkelfreien Säuglingsmilch gegeben sind.

Beim Milchvertrieb spielt auch der Milchtransport eine sehr wichtige Rolle. Zu fordern wäre zunächst, daß Milchhändler wie Milchbauern die Milch in geschlossenen, gegen die Sonnenglut geschützten und im Sommer kühl zu haltenden Wagen auszufahren hätten. Die Art der Einrichtung sollte man natürlich jedem Unternehmer überlassen, schon deswegen, weil der Wagen im kleinen Wirtschaftsbetriebe auch anderen Zwecken dienen und der Aufbau veränderlich sein muß.

Aber auch die Eisenbahnverwaltung dürfte nach gleicher Richtung hin viel zur Besserung beitragen können, wenn sie hygienisch zweckentsprechend eingerichtete und im Sommer mit Kühlanlagen versehene Spezialwagen¹⁾ in Gegenden laufen läßt, wo der Milchtransport ein umfangreicher und geregelter ist. Vor allen Dingen sollten die Wagen schon heute, wie die Viehwagen, nach jedem Tageslauf gründlich ausgespritzt werden. Das setzt natürlich voraus, daß sie vollständig mit Zink auszuschlagen wären. Auf den sogenannten größeren Milchstationen sollten Kühlräume einfachster Art für die Stapelmilch nicht fehlen.

Aus den vorstehenden Darlegungen ergibt sich, daß im Interesse einer gesunden Milchgewinnung eine gesetzliche Milchviehschau ebenso notwendig ist, wie die bereits bestehende Schlachtier- und Fleischschau. Ferner erscheint es notwendig, daß die polizeiliche Milchschau von besonders geübten Beamten

im Anschluß an die städtischen Nahrungsmittelämter ausgeübt und krasse Schmutz- und Keimproben dem konsumierenden Publikum bekannt gemacht werden. Im übrigen sollte aber durch Kreismusterställe und Stadt- oder Kreismustermolkereien, eventuell auch auf genossenschaftlicher Grundlage, auf die Milchvieh- und Milchwirtschaft überhaupt vorbildlich eingewirkt werden, die Staatseisenbahnverwaltung aber dem Milchtransportwesen¹⁾ immer mehr gesteigerte Aufmerksamkeit zuwenden.

Zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit genügen diese Forderungen aber nicht allein, hier können in erster Linie nur unter ärztlicher Leitung stehende Mutterberatungsstellen und Säuglingsfürsorgestellen in Verbindung mit dem städtischen Ziehkinderamt wirksam werden, wenn sie die Mutter auf die Bedeutung und Vorteile der natürlichen Ernährung und die große Gefahr, welche der Verzicht auf die Mutterbrust für das Leben des Säuglings birgt, hinweisen, und womöglich mit der Beratung der Mutter schon vor der Niederkunft in allen Fragen der Säuglingspflege und ihrer Methodik einsetzen und durch Verabreichung von Stillprämien für die natürliche Ernährung propagieren.

¹⁾ Während diese Zeilen in Druck gehen, ist bekannt geworden, daß der Minister für öffentliche Arbeiten, nachdem Klage darüber geführt ist, daß zur Beförderung von Milch nicht immer genügend gereinigte und geruchfreie Wagen gestellt werden, die Eisenbahndirektionen aufgefordert hat, die Dienststellen anzuweisen, zur Beförderung von Milch nur gründlich gereinigte und geruchfreie Wagen zu stellen. Die genaue Beachtung dieser Bestimmung soll überwacht werden. Des weiteren hat der Minister die Eisenbahndirektionen aufgefordert, zu prüfen, ob sich in ihrem Bezirke für die Verwendung von besonderen Milchwagen Gelegenheit bietet. Diese Milchwagen haben Hand- und Luftdruckbremse sowie Heizleitung und sind mit Gestellen zur Aufnahme der Kannen ausgerüstet. Diese Gestelle können erforderlichenfalls abgeändert oder beseitigt werden. Diese Wagen sollen sich besonders zur Beförderung größerer Sendungen Milch auf weitere Entfernungen eignen.

Wünschenswert wäre es, wenn diese Wagen nach Art der Wärmeschutzwagen, wie solche neuerdings von Anfang April bis Ende September jeden Jahres zur Beförderung von frischem Fleisch im Bezirke Köln, Frankfurt a. M. und St. Johann-Saarbrücken sowie Mainz laufen sollen, eingerichtet werden.

Der Verfasser.

Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Freiburg i. B.

Säuglingsfürsorge in Freiburg i. B.

Von

Dr. **Hans Schelble**, I. Assistent.

In seiner Antrittsvorlesung¹⁾ hat Herr Professor de la Camp alle im Dienst der Säuglingsfürsorge in unserer Stadt stehenden Einrichtungen gewürdigt unter Hervorhebung ihrer trotz kurzen Bestehens deutlich erkennbaren Erfolge.

Am 1. Juli 1908 waren wir am Ende des ersten Jahres, in dem die ärztliche Kontrolle über alle in Freiburg gegen Entgelt in Pflege gegebenen Säuglinge ausgeübt worden ist. Wenn ich das Resultat der Kontrollarbeit dieses Jahres mitteile, nehme ich Gelegenheit, auch alle übrigen im Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit in Freiburg stehenden Faktoren zu besprechen. Denn es soll hier nicht einseitig nur ein Faktor hervorgehoben werden, der ja ohne Zusammenhang mit den anderen niemals so leistungsfähig wäre, wie er es im harmonischen Zusammenwirken mit den anderen schon im ersten Jahre seines Bestehens in der Tat gewesen ist.

1. Im Jahre 1906 wurden von der Stadtverwaltung Freiburg Stillprämien in Gestalt von Bargeld eingeführt. Damit ist Freiburg meines Wissens eine der ersten Städte Deutschlands, die diese jetzt allgemein als die beste anerkannte Form der Belohnung für das Selbststillen eingeführt und auf alle Bedürftigen ausgedehnt hat ohne die Einschränkungen, wie sie an manchen Orten Frankreichs und Deutschlands bestehen. Es werden bis 2½ Monate nach der Geburt für je 14 Tage ausschließlicher Ernährung an der Brust 6 M. an Mütter gewährt, die hier wohnen (Unterstützungswohnsitz im gesetzlichen Sinn ist nicht verlangt). Feststellung des Stillens erfolgt durch den Stadtarzt. Verausgabt wurden in einem Jahre gegen 9000 M. Die

¹⁾ Die ärztliche und soziale Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Freiburg 1908, Speyer & Kaerner.

Stillprämien gelten nicht als Armenunterstützung. Nur etwa der achte Teil der Mütter, die Stillprämien erhielten, bezog außerdem Armenunterstützung; etwa der neunte Teil war ledig. Doch nur „Bedürftigen“ soll die Wohltat zuteil werden. Als oberste Grenze der Frage der Bedürftigkeit wurde ein Tageseinkommen von 3 M. bei Vorhandensein eines Kindes und von je 50 Pf. weiter bei Vorhandensein weiterer Kinder unter 14 Jahren angesetzt, dabei aber Schulden, Krankheit und vorübergehende Arbeitslosigkeit berücksichtigt. Diese segensreiche Einrichtung hatte den Erfolg, daß von 441 Kindern, deren Mütter im Verlauf eines Jahres Stillprämien bezogen hatten, im ersten Jahre nur 9 % starben, gegenüber 16 % der Gesamtsäuglingsmortalität in unserer Stadt.

2. Die Milchküche des Kinderspitals wurde Frühjahr 1905 eröffnet. Sie hat folgende Wandlungen durchgemacht: anfangs wurden die trinkfertigen Mischungen abgegeben, wie es die Abnehmer wünschten, auch ohne ärztliche Vorschrift. Dies hatte zweierlei Übelstände zur Folge: einmal wurde dadurch nicht gerade Stillpropaganda getrieben. Das Publikum glaubte, es sei jetzt eine tadellose Säuglingsnahrung zu haben, die eine fast ebensogroße Garantie für das Gedeihen des Kindes gewähre als das Stillen. Es war keine Gelegenheit gegeben, die Abnehmer auf diesen Irrtum hinzuweisen. Jetzt, wo die Mischungen nur nach ärztlicher Verordnung abgegeben werden dürfen, also diejenigen Eltern, welche nicht in der pekuniären Lage sind, ein Rezept ihres Hausarztes mitbringen zu können, sich an den Ambulanzarzt wenden müssen, konnten in vielen Fällen die Mütter überredet werden, wenigstens einen Versuch zu machen mit Stillen. In vielen Fällen gelang das Stillen denn auch und wir freuten uns, in solchen Fällen im Interesse des Kindes und nicht des Geschäftsganges der Milchküche gehandelt zu haben.

Zweitens, da die Nahrung nach Wunsch der Abnehmer beliebig gesteigert werden konnte, bekamen die Kinder, die bekanntlich aus einer leicht fließenden Saugflasche nie genug trinken können, zu trinken, soviel sie wollten. Es war der Überfütterung keine Schranke gesetzt. Der Zulauf zur Milchküche war anfangs ein gewaltiger. Der Rückschlag konnte bei diesem Betriebsmodus nicht ausbleiben. Mißerfolge bei vielen Kindern durch Überfütterung, Mißerfolge bei Kindern, die bereits Ernährungsstörungen hatten, und aus denen die Milchküche plötzlich gesunde Kinder

machen sollte, brachte die Einrichtung bei vielen in Mißkredit. Natürlich wurde der Qualität der Nahrung die Schuld gegeben. Kurz, wir machten die gleichen Erfahrungen, wie sie in anderen Milchküchen auch gemacht worden sind; diese Erfahrungen zwangen uns zur Einführung des jetzigen Modus: die Milchküche soll als Milchapotheke dienen und trinkfertige Einzelportionen nur nach ärztlichen Vorschriften abgeben. Nur von wenigen Kollegen aus der Stadt wird Gebrauch von dieser Einrichtung gemacht. Für arme Ziehkinder, die wegen Ernährungsstörungen besonderer, etwas kostspieliger Nahrung bedürfen, übernimmt die Armenverwaltung in dankenswerter Weise 50 % des Preises. Die Stadt subventioniert außerdem noch die Milchküche durch einen jährlichen Zuschuß.

3. Die Säuglingsstation des Kinderspitals, dieser wichtige Faktor in der Säuglingsfürsorge und wohl der am schwierigsten zu handhabende im ganzen System, hat früher seiner Aufgabe nicht ganz gerecht werden können. Die Mortalität war dort vor 1906 eine gewaltige: über 70 %; jetzt ist sie ca. 20 %. Woher kommt dieser erfreuliche Umschwung?

Erstens kamen vor 1906 die meisten Fälle in hoffnungslosem Zustand zur Aufnahme und zweitens mußten wir damals wegen Mangel an Mitteln ohne Ammen arbeiten.

Es waren besonders die Säuglinge aus der städtischen Krippenanstalt, die teils intoxiiert (entweder frisch erkrankt oder mit Rückfällen), alle aber mit schweren chronischen Ernährungsstörungen zumeist atrophisch hereingebracht wurden. Warum wurden gerade in der Krippe die Kinder so schwer krank? Als man zum ersten Male diesen Dingen ernstlich seine Aufmerksamkeit schenkte, hörte man viel von „Krippenkrankheit“, „Hospitalismus“, „infektiösen Darmkatarrhen“ reden. In den letzten Jahren ist es in der Literatur immer stiller davon geworden. Man hat gelernt, daß die wahre Ursache für diese merkwürdige Erscheinung doch nicht so auf der Hand liegt. Daß in der Krippe ältere Kinder nie an diesen hartnäckigen Durchfällen erkrankt sind, spricht jedenfalls nicht für den infektiösen Charakter dieser „Darmkatarrhe“. Denn daß es Darmkatarrhe gibt, die nur für Säuglinge infektiös sind, ist oft behauptet, aber noch niemals strikte bewiesen worden. Es ist hier nicht der Ort, weiter auf dieses Thema einzugehen, ich werde es ausführlich an anderer Stelle tun und muß vorläufig auf bereits

Vorgetragenes¹⁾ verweisen. Die Mortalität dieser Krippensäuglinge betrug über 80 %. Müttern, denen ihr uneheliches Kind eine Last war, war sie hochwillkommen, den verantwortlichen Behörden aber war sie eine schwere Sorge.

Im Frühjahr 1906 wurde Abhilfe geschaffen, indem der Stadtrat beschloß, daß die Armen- und Waisenkinder unter einem Jahr nicht mehr in der Krippe, sondern auf Kosten der Stadt in Einzelpflege gegeben werden sollten und in unserer Ambulanz zu kontrollieren seien. Es ist öffentlich anzuerkennen, daß die Stadt diesen sehr viel kostspieligeren Verpflegungsmodus an Stelle der billigen Krippenversorgung gesetzt hat. Der günstige Einfluß dieser Maßnahme auf unsere Station war sofort zu erkennen, ist aber zahlenmäßig erst in der zweiten Hälfte des Jahres 1906 nachzuweisen, weil vorher noch rettungslos Kranke aus der Krippe aufgenommen werden mußten.

Tabelle I.
Armensäuglinge.

	1. März 1906 bis 31. Dez. 1906	1. Jan. 1907 bis 31. Dez. 1907
Kontrolliert im ganzen . . .	32	50
Davon entlassen:		
a) vor Ablauf ihres 1. Jahres	8	a) 13 } 29
b) nach „ „ 1. „		b) 16 }
Gestorben	7	4
Mortalität demnach	22 %	8 %

(Gegenüber 80 % in der Krippe.)

Tabelle I zeigt, wie sehr die Mortalität dieser Kinder in Einzelpflege im Gegensatz steht zu der vordem in der Krippe beobachteten. Es wird dadurch veranschaulicht, wie verderblich Säuglingshäufung in solchen Krippen ist, in denen nur künstlich ernährt werden kann. Dieselbe Erscheinung kann man heute noch in Säuglingskrippen mancher anderen Städte sehen. Zweifellos wird in solchen Anstalten einerseits der Gesundheitszustand der Säuglinge oft sehr optimistisch aufgefaßt, andererseits wird dort bei den nie aus-

¹⁾ Schelble, „Zur Bakteriologie des chronischen Darmkatarrhs“. Sitzung der südwestdeutschen Kinderärzte, Mai 1908, Heidelberg.

bleibenden zahlreichen Mißerfolgen wohl etwas viel von „Lebensschwäche“ und „Unterwertigkeit“ der unehelichen Kinder geredet.

Aber auch aus der Reihe der Ziehkinder, die in Einzelpflege auf Kosten der Mütter in der Stadt untergebracht waren, wurden uns Ernährungsstörungen, in den letzten Stadien hereingebracht, Ernährungsstörungen, die durch sachverständige Prophylaxe einfach hätten vermieden werden können. Diese Kinder standen bis dahin unter Kontrolle der Polizei und der Damen des Luisen-Frauenvereins. Das Resultat von Verhandlungen, die im Winter



1906/07 mit Bezirksamt, Luisen-Frauenverein und Stadt gepflogen wurden, war, daß die ärztliche Kontrolle auch auf diese Kinder (weitaus die Mehrzahl der Unehelichen) ausgedehnt wurde unter Beibehaltung der Hauskontrolle durch instruierte Damen des Luisen-Frauenvereins. Freiburg ist damit die erste Stadt in Baden, die das Taubesche Ziehkindersystem etwas modifiziert eingeführt hat. Jetzt ist es uns möglich, erkrankte Ziehkinder schon in frühen Stadien in Behandlung zu nehmen und wenn nötig, auf die Säuglingsstation zu legen und nach Regelung der Diät der gleichen Pflegerin wieder zu übergeben.

Im Dezember 1906 wurde eine, später zwei Ammen eingestellt, und seitdem wird ständig mit Ammen auf der Station gearbeitet.

Ist man auch über die Art der zweifellos vorhandenen Schädigung durch Säuglingshäufung noch nicht im klaren, so muß doch die von der Heubnerschen Klinik zuerst geforderte chirurgische Asepsis beibehalten werden. Wir haben deshalb im März 1906 die Säuglingsstation neu eingerichtet, so daß sie jetzt den modernsten Ansprüchen der Asepsis genügt.



Die Abbildungen zeigen das Bett, das ich zur völligen Isolierung des Säuglings konstruiert habe. Zwölf davon sind seit $1\frac{1}{2}$ Jahren auf unserer Station in Gebrauch, ohne daß Reparaturen notwendig waren. Die Schwestern arbeiten mit den neuen Betten lieber als mit den alten. Die Kinder liegen in dem Bettchen (Korb eines Kinderwagens aus Holz und Pappe) auf dicker Matratze so hoch, daß die Luft über ihnen genügend ventiliert wird, besser als in den gewöhnlichen Kinderwagen, in denen doch die Mehrzahl aller Kinder das erste Lebensjahr zubringt. Gegen Abkühlung lassen sich Schwerkranken und Frühgeburten darin sehr leicht schützen. Uns wurde bei Behandlung sehr kleiner Frühgeburten (darunter eines 6-Monatkindes mit Gewicht 1200) die Couvense völlig entbehrlich¹⁾.

¹⁾ Preis des Bettes mit Matratze und Stuhl (ohne Badewanne und Windel-eimer) bei Merkle, Kaiserstraße, 34 M.

Die Mortalität unserer Station noch weiter herabzudrücken, wäre nicht schwer, es braucht aber wohl nicht erwähnt zu werden, daß man sich niemals, auch nicht unbewußt, der Gefahr aussetzen soll, günstige klinische Statistik zu treiben bei der Entlassung und Aufnahme schwerkranker Säuglinge.

4. Das Ziehkinderwesen habe ich schon berührt. Sämtliche gegen Entgelt in Pflege gegebenen, darunter auch eheliche Säuglinge, sind regelmäßig mindestens alle 4 Wochen in der Kontrollstunde in unserer Ambulanz vorzustellen. Sie werden dort



in Gegenwart der kontrollierenden Damen untersucht und gewogen; mit der Pflegerin wird die Ernährung besprochen. Es werden noch Jahre vergehen, bis auch den ungläubigsten der Pflegemütter ein bleibendes Verständnis aufgeht für die Vorteile der richtigen Säuglingspflege und -ernährung. Über jedes Kind wird nach dem Muster der Straßburger Organisation eine Ziehkinderkarte geführt. Im Erkrankungsfalle sind wir weit davon entfernt, die Behandlung in unserer Ambulanz monopolisieren zu wollen. Aber unsere Ambulanz muß, da das Spital als Universitäts-Institut gilt, den Charakter einer Kinderpoliklinik haben zur Ausbildung der Studierenden in der Kinderheilkunde.

Der Vorstellungszwang ist unerlässlich im Kampf gegen die große Sterblichkeit der unehelichen Kinder. Kaum jemals hat eine Pflegemutter Unwillen gezeigt über diesen Zwang; bei allen ist Interesse für das Körpergewicht ihrer Pfleglinge vorhanden. Manche Städte begnügen sich mit dem Bieten von Säuglingsberatungs-Gelegenheiten allein; damit ist zum Schutz der Ziehkinder nichts Ernstliches unternommen. Gerade die Pflegemütter unehelicher Kinder scheinen nach den vorliegenden neuesten Erfahrungen gern auf diese Einrichtung zu verzichten. Die Resultate unserer Tätigkeit zeigen Tabelle II und III.

Tabelle II.

Ziehkinder (einschließlich Armensäuglinge) vom 1. Juli 1907 bis 1. Juli 1908.

Kontrolliert im ganzen	200	(Armensäuglinge) (53)
Davon entlassen:		
a) vor Ablauf ihres 1. Jahres	40	8
b) nach „ „ 1. „	65	22
Gestorben „ „ „ „	12 ¹⁾	(5)
Mortalität demnach	6 %	(10 %)

¹⁾ 7 an Ernährungsstörungen; 4 davon nicht in unserer Behandlung, 1 an Diphtherie, 1 Meningitis, 1 angeb. Mißbildung, 2 waren nicht zur Kontrolle gebracht worden.

Tabelle III.

(Aus dem Städtischen Statistischen Amt.)

	geboren		gestorben				† im 1. Lebensmonat	
	eheliche	unehel.	ehel.	%	unehel.	%	eheliche	unehel.
1904	1821	360	258	14	81	24	—	—
1905	1927	369	397	20	95	26	99	38
1906	2085	352	320	15	66	18	105	21
1907	2156	373	256	12	53	15	124	29

Prozentzahlen besonders der Unehelichen sind zu günstig, denn von den hier geborenen wird fast die Hälfte gleich nach Entlassung aus der Frauenklinik aus der Stadt weggenommen. Schicksal dieser ist nicht mit berücksichtigt. Von den im Jahre 1907 gestorbenen 53 Unehelichen sind außer den 29 im 1. Monat gestorbenen von uns 8 notiert. Über 16 gestorbene Uneheliche können wir keine Auskunft geben; schwerlich sind diese alle vor dem 1. Juli 1907 gestorben.

Aus Tabelle III geht hervor, daß die Kinder, die wir kontrollieren konnten, eine weit unter dem Durchschnitt stehende Mortalität aufweisen; es geht aber auch daraus hervor, daß von

dem Jahre der Einführung der ärztlichen Ziehkinderkontrolle an die Gesamtmortalität der Unehelichen in unserer Stadt im Gegensatz zu der der Ehehlichen erheblich zurückgegangen ist, ein Resultat, das um so beachtenswerter erscheint, als wir leider für Brusternährung der Unehelichen so gut wie nichts tun konnten. Die Mütter waren bald nach Entlassung aus der Frauenklinik meist gezwungen, der Arbeit nachzugehen und schon in Arbeit, als das Kind zur Kontrolle gebracht wurde. Es war eine Ausnahme, wenn eines dieser Kinder länger als 10 Tage gestillt wurde!

Kritik des jetzt bestehenden Systems. Noch zu viele Säuglinge entgehen gerade in ihrem ersten Lebensmonat, in dem sie am allergefährdetsten sind, der Kontrolle. Beschleunigung der Vorstellung der Kinder kann hier abhelfen. Dies hätte eine in moderner Säuglingspflege und -ernährung geschulte besoldete Aufsichtsdame zu besorgen, wie sie zur Kontrolle der Armen-säuglinge in Gestalt einer städtischen Beamtin bereits beschäftigt ist. Die Direktion der Kinderklinik führt zurzeit erneute Unterhandlung zwecks Anstellung dieser Beamtin. Mit der Beamtin wird sich die Kontrolle wesentlich gründlicher und einheitlicher aber auch für die Pflegefrauen angenehmer gestalten. Die Beamtin wird der Pflegemutter als dauernde Beraterin im Hause sehr willkommen sein. Aber selbst wenn die Kontrolle ideal ist, werden wir bei Kindern im ersten Monat noch Mißerfolge haben; es gibt eben Neugeborene, bei denen jede der bisher bekannten Formen der künstlichen Ernährung versagt. Diese Kinder müssen von der Mutter gestillt werden. Das kann in den ersten Wochen nach der Geburt zweckmäßig nur in einem Wöchnerinnenheim, später vielleicht in Fabriktageskrippen geschehen. Werden dann gekräftigte, bereits drei Monate gestillte Säuglinge in Pflege gegeben und erst dann künstlich ernährt, so wird man seine Freude haben am Gedeihen dieser armen Unehelichen, die man bisher unberechtigterweise für die lebensschwachen und minderwertigen hielt. Zufrieden aber wollen wir nicht damit sein, daß wir einseitige Fürsorge für Uneheliche treiben. Zufrieden wollen wir erst dann sein, wenn wir durch diese Erfolge an den Unehelichen den Müttern ehelicher Kinder gezeigt haben, was mit zweckmäßiger Ernährung und Pflege zu erreichen ist. Mit solchen Beispielen wird dann leichter in der Mutterberatungsstelle zu arbeiten sein.

Eigene Erfahrung und Studium der Erfahrungen in anderen

Städten führen zu folgenden Schlüssen: Alle diese Faktoren: Mutterberatungsstelle (mit Verteilung von Stillprämien), Wöchnerinnenheim, straff organisiertes Ziehkinderwesen, Säuglingsstation und Milchküche werden nur dann imstande sein, im Großen erkennbare Erfolge im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit zu bringen, wenn sie harmonisch zusammenarbeiten können auf Grund strengster Zentralisation im Sinne Arthur Kellers. Die Zentralisation hat nicht nur in verwaltungstechnischer, sondern — und das scheint das Wichtigere zu sein — auch in medizinischer Hinsicht zu erfolgen.

Ein pädiatrisch ausgebildeter Arzt soll — je nach der Größe des Arbeitsfeldes unterstützt von Assistenten — das ganze System leiten. In ganz großen Städten sind, wie es in Berlin bereits geschehen ist, mehrere solcher Zentralen zu errichten.

In Städten aber, in denen man glaubt, durch Schaffung dieser oder jener Einrichtung, z. B. eines Säuglingsheimes oder gar einer Milchküche allein Ernstliches im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit erreichen zu können, dürfte man vergeblich auf vollen Erfolg warten. Man kann dort stets nur ein Nebeneinandervorbeiarbeiten beobachten.

Solche Einzelschaffungen in Städten, in denen die Stadtverwaltung keine Tendenz zur Ergänzung der fehlenden Faktoren und zur Zentralisation zeigt, sind unserer ganzen Säuglingsfürsorgebewegung geradezu schädlich. Sie verschlingen oft fast ebensoviel Mittel, wie für ein ordentlich ausgebautes System erforderlich wären, ihre Leistungen aber bleiben im Hinblick auf die Herabdrückung der Gesamtmortalität der Säuglinge in den einzelnen Städten sehr hinter den Erwartungen zurück. Mit Recht beginnt man daher mancherorts schon ungeduldig zu werden. Denn durch solche kleinen Erfolge (wie z. B. günstige Statistiken von Beratungsstellen), die sich in den Zahlen der wahren Gesamtsäuglingsmortalität der Städte kaum bemerklich machen, können Verwaltungsbehörden nicht in geeigneter Weise weiterhin für den so dringend nötigen Ausbau der Säuglingsfürsorge interessiert werden.

Kurze Bemerkungen über den heutigen Stand der Frage von der Anstaltspflege kranker Säuglinge.

Von

Dr. Alexander Szana,

Direktor-Chefarzt des staatlichen Kindersyils und Kinderpoliklinik
in Temesvar (Ungarn).

In den letzten Jahren erhoben sich vereinzelt Stimmen, welche die großen Gefahren der Anstaltspflege kranker Säuglinge leugneten, ja überhaupt nicht zugeben wollten, daß es spezifische Gefahren gibt, die durch tadellose Hygiene und tadellose Ernährung nicht behoben werden können. Es ist daher angezeigt, den Stand dieser Frage kurz zusammenzufassen.

Daß es eine Schädigung durch Säuglingsanhäufung, allgemein „Hospitalismus“ genannt, gibt, kann wohl nach den Arbeiten von Epstein, Heubner, Finkelstein, Schloßmann und dem Hutinel-Schüler Barthelemy nicht bezweifelt werden. Da diese Schädigung aber, wenn auch in sehr kleinem Maße, auch in solchen Anstalten auftritt, wo nur gesunde Säuglinge gepflegt werden, so ist es wohl richtiger, nicht von Hospitalismus, sondern nach dem französischen „Agglomération infantile“ von „Schädigung durch Säuglingsanhäufung“ zu sprechen. Im Kaiserlichen Kinderheim zu Gräbschen werden nur gesunde Säuglinge mit ihren Müttern aufgenommen, erkrankt ein Kind in der Anstalt, wird es sofort aus der Anstalt entfernt, und trotzdem sehen wir, daß die Gewichtskurve von mehr als 30% der Säuglinge beim Verlassen der Anstalt nicht normal ansteigt. Auch in der Amsterdamer Anstalt der Cornelia de Lange konstatiert die Leiterin, „daß die Anstaltsbrustkinder hinter diejenigen in Außenpflege zurückbleiben“.

Dank der durch Asepsis isolierenden Pflege der Säuglinge (Grancher, Heubner, Finkelstein, Schloßmann) ist eine ernste Gefahr für die Säuglinge in Anstaltspflege heute ausgeschlossen. Die argen Dinge von ehemals, die 100% Sterblichkeit des Prager Findelhauses im Jahre 1858, kommen jetzt wohl nicht mehr vor, aber da in gutgeleiteten Gebäranstalten Wochenbettfieber

nur mehr sehr selten vorkommt, wird doch niemand leugnen wollen, daß es ein Wochenbettfieber gibt?

Das Temesvarer staatliche Kinderasyl hat das Glück, sämtliche Kinder mit Mutter- oder Ammenmilch ernähren zu können, dabei wird in der Pflege möglichst aseptisch und isolierend verfahren. Die Resultate sind auch glänzend. Trotzdem kommen hier und da Infektionen leichtesten Grades vor, die natürlich — da es sich um Brustkinder handelt — nie den Grad erreichen wie die von Heubner beschriebenen Hausinfektionen.

Wir betrachten jeden in der Anstalt verpflegten Säugling als infiziert, welcher ohne Diätfehler grünen Stuhl bekommt und in seiner Gewichtszunahme stehen bleibt. Die Gebäranstalten begnügen sich nicht mehr damit, keine Todesfälle an Wochenbettfieber zu haben, sondern sie trachten, jede einzelne Fieberbewegung im Wochenbett zu verhindern. Sie berichten über die Zahl ihrer fieberfreien Wochenbette: jede einzelne, wenn auch nur vorübergehend fiebernde Wöchnerin wird als Infektion empfunden und mahnt zur Vorsicht. Die Säuglingspflegeanstalten haben dank der Verwendung von Ammen und dem aseptisch isolierenden Betrieb — die großen Gefahren — die kolossalen Sterblichkeitsziffern überwunden. Soll die Sache als erledigt betrachtet werden? Hat schon jemand zu behaupten gewagt, daß in der Anstalt Säuglinge sich so entwickeln wie in Einzelpflege? — daß Dyspepsien mit Gewichtsstillstand in Anstalten nicht noch immer viel häufiger sind als in Einzelpflege?

Kann man nach dem offenen Bekenntnisse Soltmanns die Frage der Anstaltspflege von kranken Säuglingen als gelöst betrachten? Im Jahre 1905 starben in der Säuglingsabteilung der Leipziger Kinderklinik von 378 Kindern 199 = 52,64 %, entlassen wurden 179. Von diesen 179 konnte durch eine Umfrage das Schicksal von 162 Fällen zuverlässig ermittelt werden. Das Ergebnis ist sehr traurig. Von den 162 Fällen waren noch 93 innerhalb des Kalenderjahres 1905 gestorben. Also 76 % der Säuglinge starb, und von den restlichen 24 % ist es auch noch nicht sicher, ob sie das erste Lebensjahr erreichten.

Keller, der eine spezifische Schädigung der Säuglinge durch Anstaltspflege nicht anerkannte, der also nicht zugeben wollte, daß in der Anstalt verpflegte Säuglinge Schädigungen erliegen trotz tadelloser Anstaltshygiene und richtiger Ernährung (Mutterbrust), gibt in seiner jüngsten Publikation (Ergebnisse der Säuglings-

fürsorge 1908, S. 31) zu, daß Säuglinge „trotz anscheinend guten Allgemeinbefindens, trotz ausreichender Nahrungsaufnahme und trotz anscheinend normaler Darmerscheinungen keinen wesentlichen Fortschritt in der Entwicklung zeigen. Gibt man diese Kinder in eine sorgfältige Außenpflege, so gedeihen sie häufig, wie gesagt, in überraschender Weise“. Einzelne dieser Fälle kann man wohl mit einem ausgedehnten Reparationsstadium erklären, warum setzt diese Reparation aber sofort in der Außenpflege ein? „Andere“, aber sagt Keller, „werden wohl vorläufig ein Rätsel auch für den besten Anstaltsleiter bleiben.“ Wenn wir für dieses Rätsel den Namen Hospitalismus oder Schädigung durch Säuglingsanhäufung setzen, betrachten wir natürlich die Frage nicht als gelöst oder gar befriedigend gelöst, sondern wollen damit nur ein Wort setzen, welches die Schädigung, die Krankheit ätiologisch bezeichnet.

Daß die Isolierung der einzelnen Säuglinge in der Anstalt selbst, durch Asepsis, die beste Bekämpfung ist, ist nunmehr sicher. Daß aber außer Muttermilch die verschiedenen Arten von künstlicher Ernährung Einfluß auf die Häufigkeit und den Verlauf des Hospitalismus haben, wurde noch nicht in Erörterung gezogen.

Ich finde, daß ausschließlich mit Muttermilch in genügender Quantität ernährte Säuglinge, wenn sie in leichtester Form (Dyspepsie mit Gewichtsstillstand) infiziert sind, sehr oft genesen, wenn sie etwas Mehlsuppe bekommen, häufiger genesen als bei ausschließlicher Muttermilchernährung. Bei in Familienpflege befindlichen Säuglingen heilen doch solche Dyspepsien eher ohne Mehlsuppe. Finkelstein mit seinem großen Material findet, „daß er in der Anstalt mit einfachen Kuhmilchmischungen nicht auskommt, daß viele seiner Pfleglinge, die mit anderen Mischungen vorzüglich gedeihen, bei Beibehaltung der gewöhnlichen Diät (Kuhmilch) allmählich zugrunde gegangen wären“. Keller sieht bei Malzsuppenernährung gar nie den Hospitalismus. Erscheint da die Konklusion, daß die durch den Hospitalismus (Epstein, Heubner, Finkelstein, Schloßmann, Hutinel) erzeugte Darmstörung durch Mehl günstig beeinflusst wird, unlogisch? Der Hospitalismus ist zweifellos eine Darminfektion, wahrscheinlich aber eine spezifische Infektion. (Finkelstein beschreibt sogar die-

jenigen Fälle, die solche Infektionen hervorrufen sollen.) Wie soll man es sonst erklären, daß bei Heubner 21 im Krankenhause sich nicht entwickelnde und dyspeptische Kinder, einzeln in Außenpflege gegeben, sich sofort normal entwickelten, obwohl sie auch weiterhin vom Institute die gleiche Nahrung bekamen? Ich habe dasselbe beobachten und beschreiben können bei von ihrer eigenen Mutter in der Anstalt gestillten Säuglingen, die dyspeptisch waren und sich absolut nicht entwickelten. Außer Malaria kennen wir bisher keine Infektionskrankheit, die durch Lokalwechsel beeinflußt wird. Denn eine Besserung der lokalen Hygiene ist es wohl nicht, wenn ein Säugling aus den hellen, reinen Sälen der Anstalt in die private Wohnung einer Haltefrau kommt, Wohnungen, von deren primitiver Hygiene und Überfüllung ich mich selbst oft überzeugte. Mehlsuppen helfen nicht bei allen Dyspepsien der Säuglinge, bei dieser Art helfen sie. Czerny hat seine an exsudativer Diathese erkrankten Säuglinge auch durch Mehlsuppen günstig beeinflußt.

Ich habe den Eindruck, daß die von Czerny in der Monatschrift für Kinderheilkunde, Bd. IV, Nr. 1, geschilderten, in seiner Klinik beobachteten zwei Fälle von exsudativer Diathese Fälle von Hospitalismus sind, und folgere daraus: es mag sein, daß Hospitalismus auch nur eine Form von exsudativer Diathese ist, oder wie Keller bemerkt, daß diese Schädigung nur bei Kindern mit exsudativer Diathese eintritt.

Das 19. Jahrhundert kannte, die letzten Jahre abgesehen, kaum die Säuglingsspitäler. Aus den Kinderspitälern wurden meistens die Säuglinge statutenmäßig ausgeschlossen. London hatte — obgleich es seine Spitäler so weit spezialisiert, daß es Hüftgelenk-, Scharlach- usw. Spitäler hat —, bis in die letzte Zeit wenigstens, noch immer kein Säuglingsspital. Ja die Säuglingskrippen konnten sich noch kein Heimatsrecht in Deutschland erwerben und besitzen infolge trauriger Erfahrungen noch immer prinzipielle Gegner.

Sind nun die Resultate der letzten wenigen Jahre so glänzend, daß man den Hospitalismus als überwunden betrachten kann? Ist die von Heubner gewünschte Stabilität in der Entwicklung der in Anstalten verpflegten Säuglinge erreicht? Dies ist ziffermäßig noch nicht nachgewiesen, trotzdem die von Finkelstein gezeichnete Kurve dies ermöglicht. Finkelstein weist nämlich

wöchentlich nach, wieviel von hundert „entwicklungsfähigen“ Säuglingen sich in dieser Woche entwickelt haben. „Entwicklungsfähig“ ist jeder Säugling, der, wenn auch nur ein einziges Mal, sich in der Anstalt durch einen Zeitabschnitt entsprechend entwickelt hat. Verfolgt man den Einfluß des Hospitalismus in dieser Weise, so sieht man noch immer, daß die Stabilität in der Entwicklung (Heubner) gefährdet ist, und daß sehr häufig kleine Stillstände die Kurve unterbrechen, selbst bei tadelloser Muttermilchernährung und möglicher Anstaltsasepsis.

Das Studium der Frage der Gefahr von Säuglingsanhäufungen, Hospitalismus, soll also nicht abhalten, Säuglingsanstalten zu errichten, sondern die heute schon schönen Erfolge in der Anstaltspflege von Säuglingen sollen vervollkommen werden, und alle jene Faktoren sollen festgesetzt werden, die dazu beitragen können. Der erste dieser Faktoren ist Muttermilch und durch Asepsis isolierender Betrieb der Anstalt. Dies ist schon erwiesen. Die weitere wichtige Frage ist, welche Art von künstlicher Ernährung verhindert am besten das Auftreten des Hospitalismus, vermindert also die Neigung zur Infektion. Endlich soll erstrebt werden, den Virus kennen zu lernen. Die Ausweise von Säuglingsanstalten dürfen sich mit dem Mortalitätsausweis nicht mehr begnügen, sie müssen die Stabilität in der Entwicklung der gesunden und entwicklungsfähigen rekonvaleszenten Säuglinge nachweisen.

Referate.

In der Tagung des Deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit, welche am 17. und 18. September in Hannover stattfand, sprach Fräulein Dr. Alice Salomon-Berlin über **Mutterschutz** und **Mutterschaftsversicherung**. Diejenigen, welche sich für das Thema näher interessieren, seien auf die ausführliche Publikation in den Schriften des genannten Vereins (84. Heft) verwiesen, aber die Wichtigkeit des Gegenstandes rechtfertigt wohl ein eingehenderes Referat.

In der Einleitung bringt Vortragende eine Darstellung des Notstandes.

Durch die lebhafte Propaganda des Bundes für Mutterschutz für eine „neue sexuelle Ethik“ resp. durch die Verquickung dieser Propaganda mit einem neuen praktischen sozialen Reformprogramm, das dem Schutzbedürfnis der ledigen Mutter Rechnung trägt, hat man sich in weiten Kreisen gewöhnt, die Bestrebungen für einen „Mutterschutz“ schlechthin mit den Versuchen zum Schutz der ledigen Mutter zu identifizieren. Das Bedürfnis der verheirateten Frau gerät darüber in Gefahr, vergessen zu werden. Der Bericht der Verfasserin ist der beste Beweis, daß man ein praktisches Reformprogramm zum Schutz der Mütter — der verheirateten und auch der ledigen — aufstellen kann und muß, ganz unabhängig von den Prinzipien der sog. „Neuen Ethik“, ev. sogar als Gegner dieser Bestrebungen. Auch für die verheiratete Frau der besitzlosen Klassen bedeutet die Mutterschaft immer Schutzbedürftigkeit, meistens einen Notstand, häufig ein Martyrium. Es sind verschiedene Probleme, die der „Mutterschutz“ umfaßt. Das Problem der Arbeiterfrau, die geschützt, der in ihrer Häuslichkeit oder unter Umständen anderwärts die nötige Ruhe und Pflege gesichert werden muß. Das Problem der verheirateten Arbeiterin, bei der sich zu diesen Bedürfnissen noch die Notwendigkeit gesellt, ihr einen Ersatz für den ausfallenden Lohn zu sichern, dazu im besonderen, wie den verlassenen Ehefrauen zu helfen ist. Schließlich das Problem der ledigen Mutter, die ein Heim, ein Unterkommen für die letzte Zeit der Schwangerschaft, für Niederkunft und Wochenbett braucht, die dann erwerbsfähig gemacht, der die Unterstützung des Vaters ihres Kindes gesichert werden sollte, die des Rates und Beistandes bei der Erziehung ihres Kindes bedarf.

Im II. Abschnitt bespricht Vortragende, was bisher durch praktische Fürsorge von seiten der privaten und öffentlichen Armenpflege zur Milderung dieser Notstände geschehen ist, schildert den Stand der Mutterschaftsbestrebungen in Deutschland, und zwar

A. Gesetzlichen Schutz

1. für Arbeiterinnen.

Der Staat hat seine Aufmerksamkeit zuerst der Not der in Fabriken beschäftigten Wöchnerin zugewandt (zunächst in Form von Arbeitsverboten, später auch durch Festsetzung von Unterstützungsansprüchen). Der Staat bezieht

sich ausschließlich auf die arbeitenden Mütter, und zwar in gleicher Weise auf die verheirateten wie auf die ledigen. Die Arbeitsverbote sind nicht ausgedehnt auf Arbeiterinnen in Handwerksbetrieben, Heimarbeiterinnen, land- und forstwirtschaftliche Arbeiterinnen und Dienstboten, sowie auf Handelsangestellte.

Die Schaffung von Unterstützungsansprüchen hat das Krankenversicherungsgesetz gebracht, es sichert den Wöchnerinnen, die mindestens 6 Monate hindurch Mitglied einer dem Gesetz genügenden Kasse gewesen sind, nach der Niederkunft für 6 Wochen eine Unterstützung in Höhe des Krankengeldes. Der Anspruch steht nur den Mitgliedern von Orts-, Betriebs-, Bau- und Innungskassen zu. Zulässig, aber nicht obligatorisch ist eine Schwangerschaftsunterstützung, Freigewährung von Hebammen und Ärzten. Falls durch statutarische Bestimmung einer Gemeinde oder durch Landesgesetz die Versicherungspflicht auf Heimarbeiter oder landwirtschaftliche Arbeiter oder Dienstboten ausgedehnt wird, erhalten auch die entsprechenden Kategorien von Arbeiterinnen Anspruch auf die Wöchnerinnenunterstützung. Das von den Krankenkassen zu zahlende Wochenbettgeld ist aber kein voller Ersatz für den Lohnausfall, noch viel weniger ist es ausreichend, um die für die Pflege von Wöchnerin und Kind notwendigen Mehrausgaben zu bestreiten.

2. für nicht erwerbende Ehefrauen.

Das Gesetz gibt die Möglichkeit, durch Kassenstatut zu bestimmen, daß auch nicht versicherungspflichtige Personen, die in keinem Arbeitsverhältnis stehen, als Kassenmitglieder aufgenommen werden, sofern ihr jährliches Einkommen 2000 M. nicht übersteigt, ferner zu bestimmen, daß Personen, die eine den Versicherungszwang begründende Beschäftigung aufgeben, durch freiwillige eigene Beitragszahlung weiter Mitglied der Kasse bleiben können. Solchen versicherten Frauen kommen die Mutterschaftsbestimmungen des Gesetzes und die statutarischen Vergünstigungen der einzelnen Kassen im selben Umfange wie den Arbeiterinnen zugute. Das Gesetz bietet die Handhabe, diese Familienversicherung weiter auszudehnen, doch ist weder bei den Kassen noch bei den Mitgliedern das Verständnis für die Bedeutung der Bestimmungen und das Interesse an ihrer Nutzbarmachung vorhanden.

3. Schutz des Bürgerlichen Gesetzbuches und des Strafgesetzbuches für Ehefrauen.

Der Schutz, den das Gesetz den eheverlassenen Frauen gewährt, falls der Mann sich seiner Unterhaltspflicht entzieht, ist absolut unzureichend und in Wirklichkeit belanglos.

4. Schutz des Bürgerlichen Gesetzbuches und des Reichsstrafgesetzbuches für ledige Mütter.

Nach dem B.G.B. ist der Vater verpflichtet, der ledigen Mutter die Kosten der Entbindung, sowie die Kosten des Unterhalts für die ersten 6 Wochen nach der Entbindung, und falls infolge der Schwangerschaft oder der Entbindung weitere Aufwendungen notwendig waren, auch die dadurch entstandenen Kosten zu ersetzen. Die Schwierigkeit besteht darin, den unehelichen Vater zur Erfüllung seiner Pflichten anzuhalten, denn der strafrechtliche Schutz dieser Forderungen ist zweifelhaft.

B. Schutz durch die öffentliche Armenpflege, durch kirchliche und private Fürsorgebestrebungen

1. für Ehefrauen.

Vereinzelte haben die städtischen Armenverwaltungen die Gewährung von Hauspflege als ihre Aufgabe anerkannt, dagegen sehen sie fast überall die Gewährung von Geburtshilfe durch die Armenhebamme, ev. durch den Armenarzt vor; eine Reihe von Städten geht mit der Gewährung von Stillprämien vor.

Den unzureichenden Hilfsmaßregeln der öffentlichen Armenpflege treten die kirchlichen und privaten Schutzbestrebungen zur Seite: Wöchnerinnenvereine, die Geldunterstützungen oder Nahrung und Wäsche geben; Hauspflegevereine; Wöchnerinnenheime, deren Zahl übrigens in keinem Verhältnis zum Bedürfnis steht.

2. für die ledige Mutter.

Die Unzulänglichkeit der öffentlichen Armenpflege, wie heute zumeist ihre Aufgaben aufgefaßt werden, tritt hier am deutlichsten zutage. Nach Ansicht der Vortragenden hat eine allgemeine Hilfsaktion für ledige Mütter ohne erzieherische und religiöse Beeinflussung wenig Aussicht auf Erfolg. Die von den kirchlichen Bestrebungen errichteten Zufluchtsstätten, Versorgungshäuser, tun gute Dienste. Demgegenüber stehen die neuesten Bestrebungen, die vom Bund für Mutterschutz ausgehen, die von dem Gedanken ausgehen, daß man helfen muß, ohne bessern zu wollen. Die praktische Tätigkeit des Bundes wendet sich besonders den Müttern zu, die dem Mittelstand entstammen. Für die Versorgung der geistig und moralisch minderwertigen ist — abgesehen von den Klöstern — noch fast nichts geschehen.

Der dritte Teil bringt die Forderungen

A. an die Gesetzgebung.

Die Frage ist, ob eine neue Institution ins Leben zu rufen oder ein Ausbau der Kassenversicherung anzustreben ist. Vortragende kritisiert die Vorschläge, die von verschiedenen Seiten gemacht sind, und prüft ihre Durchführbarkeit mit Rücksicht auf die erwachsenden Kosten. Mit vollem Recht sagt die Vortragende: Will man der Sache wirklich dienen, will man die gesetzgebenden Faktoren überhaupt zu einer ernsthaften Diskussion veranlassen, dann muß man aus dem Idealgebäude das gegenwärtig Erreichbare herausgreifen, eine allmähliche Ausgestaltung der Krankenversicherung anstreben. Dazu gehört zunächst

1. die Ausdehnung der geltenden gesetzlichen Fürsorge auf alle im Handel, Gewerbe, Haus- und Landwirtschaft tätigen Schwangeren und Wöchnerinnen, durch allgemeine Einführung einer Ruhezeit von 8 Wochen, von denen 2 Wochen vor, volle sechs Wochen nach der Entbindung liegen sollten;

2. ein Ausbau der Krankenversicherung durch:

- a) Ausdehnung des Versicherungszwanges auf alle unter 1 genannten Arbeiter unter Beibehaltung der Verteilung der Beiträge auf Arbeitgeber und Arbeiter, wobei die männlichen und weiblichen Arbeiter mit gleichem Prozentsatz des Lohnes heranzuziehen sind,
- b) obligatorische Einführung der Familienversicherung,

- c) Gewährung des Rechts auf Selbstversicherung für Frauen, die außerhalb des Versicherungszwanges stehen, speziell für die Wöchnerinnenversicherung;
- 3. Erhöhung der Leistungen der Krankenkassenversicherung, und zwar auf:
 - a) Unterstützung während der Dauer der gesetzlichen Arbeitsruhe für weibliche Mitglieder in voller Höhe des Lohnbetrages, für den die Beiträge entrichtet werden,
 - b) freie Gewährung der Hebammendienste und der ärztlichen Behandlung der Schwangerschaftsbeschwerden, der Medikamente, ferner freie Gewährung von Hauspflege im Bedarfsfalle nach Ermessen des Kassenvorstandes, sowie freie Verpflegung in einem Wöchnerinnenasyl, sofern die Entbindung nach Ansicht der Hebamme oder des Arztes nicht in der Wohnung vorgenommen werden kann, für Mitglieder und Angehörige,
 - c) die Kassen sollen berechtigt sein, Mittel darzuleihen oder aufzuwenden zur Erhaltung von Wöchnerinnenheimen und Mütterberatungsstellen.

B. Solange die Arbeiterschutz- und Versicherungsgesetzgebung die unter A. gestellten Forderungen nicht erfüllt, ist dem Schutzbedürfnis der Mütter in stärkerem Maße als bisher durch die öffentliche Armenpflege Rechnung zu tragen. Es ist anzustreben:

1. unentgeltliche Bereitstellung der Geburtshilfe für alle bedürftigen Mütter, im Bedarfsfall Verabreichung von Wäsche, falls erforderlich, auch freier Hauspflege oder Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim, ohne daß diese Hilfe die mit anderen Unterstützungen verbundenen öffentlich-rechtlichen Folgen nach sich zieht;

2. Unterstützung von Schwangeren und Wöchnerinnen durch die offene Armenpflege mit Beträgen, die ihnen die zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit notwendige Schonung und Pflege ermöglichen, ferner Unterstützung von arbeitenden Müttern, falls ihre Erwerbsfähigkeit durch das Stillen beeinträchtigt wird;

3. Errichtung oder ausreichende Unterstützung von Schwangeren- und Wöchnerinnenheimen, Subventionierung von Hauspflegevereinen, Mütterberatungsstellen, sowie von Krippen und Kindergärten.

C. In Ergänzung der Leistungen der öffentlichen Armenpflege ist als Aufgabe der kirchlichen und privaten Wohlfahrtspflege zu betrachten:

- 1. die Organisation der Hauspflege;
- 2. die Errichtung von Schwangeren- und Wöchnerinnenheimen, die
 - a) verheiratete Mütter für die Zeit der Entbindung aufnehmen und ihnen ein Asyl gewähren, falls uns so lange für sie ein Aufenthalt in der eigenen Häuslichkeit ungeeignet ist,
 - b) ledigen Müttern in den letzten Monaten der Schwangerschaft und nach der Niederkunft bis zur Herstellung ihrer Erwerbsfähigkeit eine Zuflucht gewähren;
- 3. zum Schutz lediger Mütter, ferner die Gründung von Versorgungs-, sowie von Mütterheimen und Mütterberatungsstellen.

D. Die Errichtung von Mutterschaftskassen von seiten industrieller Betriebe oder auf Anregung der Arbeiterorganisationen ist als wünschenswert zu betrachten.

E. Unabhängig von den Bestrebungen, die den Müttern materielle Hilfe durch Versicherungszwang, öffentliche und private Armenpflege gewährleisten sollen, ist eine bessere rechtliche Stellung der verheirateten und der ledigen Mütter anzustreben. Es ist zu fordern:

1. landesgesetzliche Zulassung des armenpolizeilichen Arbeitszwanges gegen Familienhäupter, die sich böswillig ihrer Nährpflicht entziehen, für alle Bundesstaaten, in denen die Gesetzgebung dieser Forderung nicht entspricht;

2. Ausdehnung des Schutzes des § 361, 10 des Strafgesetzbuches und der unter 1 geforderten Landesgesetze auf die ledigen Mütter für den Fall, daß der außereheliche Vater sich seiner Alimentationspflicht entzieht;

3. Abänderung des § 1717 B.G.B., und zwar Beseitigung der Zulässigkeit der „Einrede mehrerer Zubälter“ gegen die Alimentationspflicht.

Das verdienstvolle an dem Referat ist das, daß die Referentin, allen Verlockungen widerstehend, ihre Forderungen auf das rechte Maß beschränkt und die im Erfolg unsicheren ausschaltet.

Im Gegensatz zu ihr geht der Vorkämpfer der Mutterschaftsversicherung, Geheimrat Mayet, weit über die Grenzen hinaus, er erörterte und begründete in der Diskussion, welche sich an den Vortrag anschloß, seine bekannten Forderungen, ohne allerdings die Zustimmung der Versammlung zu finden. Im übrigen brachte die Diskussion nichts Neues, sondern nur die volle Anerkennung der von der Vortragenden vertretenen Anschauungen.

Keller.

Uffenheimer. Eine bemerkenswerte Eingabe der Münchner Zentrale für Säuglingsfürsorge. Monatsschrift f. Kinderheilkunde 1908, Bd. VII, Nr. 1, S. 42.

Uffenheimer veröffentlicht hier den Wortlaut der von der Münchner Zentrale für Säuglingsfürsorge an die beiden Häuser des bayrischen Landtages eingereichten Eingabe zwecks Bereitstellung von Staatsmitteln für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in Bayern. Die Eingabe skizziert sämtliche Aufgaben und Mittel der Säuglingsfürsorge und bezeichnet als die derzeit wichtigsten und dringendsten: die Belehrung (der Ärzte, Hebammen usw.), die Stillpropaganda, die Mutterschaftsversicherung und die Regelung des Kostkinderwesens. Der Eingabe liegen 6 begründende Beilagen bei: über den pädiatrischen Unterricht an den 3 Landesuniversitäten, über den Hebammenunterricht, über die Unterweisung der heranwachsenden, weiblichen Jugend in Hygiene des Kindesalters usw., über die Errichtung eines Museums der Säuglingsfürsorge bzw. der Kinderwohlfahrt, über die Mutterschaftsversicherung mit ihren Grundlagen, über die Regelung des Kostkinderwesens. Die erste Beilage über den pädiatrischen Unterricht bringt Uffenheimer ihrer prinzipiellen Bedeutung halber ebenfalls in Wortlaut. Dieselbe schließt mit folgenden Sätzen, die weitgehendste Beachtung auch außerhalb Bayerns verdienen:

„Zusammenfassend schließen wir uns dem Urteile Schloßmanns, des tüchtigsten Organisators auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge, an, das da lautet: Solange es noch Universitäten gibt, an denen den Studierenden gar nicht die

Möglichkeit gegeben ist, sich in jenen Disziplinen auszubilden, solange man die Approbation als praktischer Arzt und die Würde eines Doctor medicinae erlangen kann, ohne in all diesen Dingen auch nur oberflächlich Bescheid zu wissen, so lange ist der Kampf gegen die Säuglingsterblichkeit unorganisiert und unrationell . . . Solange der in die Praxis gehende Arzt sich die für ihn so nötigen Kenntnisse in diesem Teile der Pädiatrie autodidaktisch nur auf Kosten seiner Mitmenschen erwerben muß, solange — möchten wir hinzufügen — die Kinderheilkunde ein Fach zweiter Ordnung auf den Universitäten, z. B. gegenüber der Augenheilkunde und der Psychiatrie, und ein Stiefkind der Unterrichtsverwaltungen bleibt, derart, daß man glaubt, die wenigen bestehenden pädiatrischen Lehrstühle im Nebenamte vergeben und gelegentlich auch ohne Rücksicht auf eine spezielle fachliche Vorbildung der in Aussicht genommenen Leiter besetzen zu können, fehlt das wichtigste Fundament, auf dem sich alle Maßregeln zum Schutze der Säuglinge aufbauen müssen. Also: Verbesserung des pädiatrischen Unterrichtes ist die billigste und beste Fürsorge für die Säuglinge.“

Böhme.

Seiffert, Dr. Max, Privatdozent an der Universität Leipzig. Über die kulturelle und soziale Bedeutung der Kindersterblichkeit.

Das Beste am Menschenschicksal ist, „glücklich geboren zu sein“, d. h. von seinen Vorfahren ein Erbe an gesunder Konstitution zu bekommen, das geeignet und würdig ist, durch eine gesunde Entwicklung zum frohen Besitze für das vorübergehende Individuum und zu einem wertvollen Erbe „glücklich geborener Nachfahren zu werden“. — Das neugeborene Kind ist zugleich ein Erzeugnis der Vergangenheit wie ein Werkzeug der Zukunft. Es wird der Träger des Kulturfortschrittes und hat den Anspruch, eine gesunde Konstitution von seinen Vätern mitzubekommen, um diese Aufgabe zu erfüllen. Es besteht in weiten Kreisen die Unfähigkeit und Unwilligkeit, das kindliche Leben als ein Gut von hohem wirtschaftlichen und sozialen Wert einzuschätzen. Daneben wird noch zu wenig beachtet, daß durch zu große Kindersterblichkeit eine krankhafte Überfruchtbarkeit hervorgerufen wird. — Erst in den letzten Jahrzehnten ist das Verständnis für die soziale und kulturelle Bedeutung der Kindersterblichkeit erwacht. Der Staat wird der erfolgreichste Kulturträger sein, dem es gelingt, einen reichlichen Zuwachs seiner Bevölkerung zu ertragen ohne deren Übel.

An der Hand von zahlreichen graphischen Darstellungen und Tabellen wird der Umfang und die in Betracht kommenden Ursachen der Kindersterblichkeit, die Verteilung auf die verschiedenen Länder und Städte, auf die Berufsarten, auf wirtschaftlich gut und schlecht gestellte Kreise erst erläutert. — Je größer die Kindersterblichkeit, desto größer die Geburtenzahl. Beide Faktoren beeinflussen sich wechselseitig. Je größer der Verlust der Geborenen, desto stärker die Reproduktion. Es besteht ein Circulus siliorus, dessen erste Quelle die Unterlassung der Laktation ist. — Letztere verzögert den Wiedereintritt einer neuen Schwangerschaft. Da, wo in Stadt und auf dem Land die natürliche Ernährung der Säuglinge an der Mutterbrust Sitte geblieben ist, läßt die durchschnittliche Höhe der Kindersterblichkeit keinen erheblichen Unterschied

zwischen Arm und Reich erkennen. Recht anschaulich ist die größere Widerstandsfähigkeit der Brustkinder gegenüber den Flaschenkindern dargestellt.

Da eine Morbiditätsstatistik des Kindesalters fehlt, läßt sich z. B. nur der Umfang der Lebensvernichtung feststellen, nicht die Schädigungen und Hemmungen der Kinder der ersten Lebensjahre. Da die Todesfälle in der Mehrzahl auf die Folgen der künstlichen Ernährung zu beziehen sind, wird man etwa die gleiche Zahl von Kindern annehmen können, welche durch dieselbe Ursache erkrankt, zwar mit dem Leben davongekommen sind, aber in ihrer Entwicklung gehemmt und geschädigt sind und somit eine dauernde Schädigung ihrer Konstitution erfahren haben. Jeder Versuch einer künstlichen Ernährung ist unsicher und bleibt hinter dem Ergebnis der Stillung zurück. Die durch die künstliche Ernährung hervorgerufene Konstitutionsverschlechterung steht in enger ursächlicher Beziehung zur Anämie, Rachitis und Skrofulose.

In der ersten Epoche des Körperwachstums werden relativ sehr große Mengen von Nahrungsprotein in die lebende Substanz übergeführt; die Intensität dieses Vorganges bildet die Grundlage nicht nur des Kraft- und Stoffwechsels, sondern auch der biologischen Reaktionsfähigkeit des Organismus gegenüber äußeren Einflüssen, d. h. seiner Konstitution. Eine ausschlaggebende Bedeutung bei der Assimilation des körperfremden Eiweißes hat das hämatogene (gegenüber dem Kasein) Eiweiß der Milch dadurch, daß es die bei der Verdauung körperfremden Eiweißes entstehenden giftigen Spaltungsprodukte (Albumose und Peptone) bindet, ungiftig macht (antitoxische Ladung oder Polarisation). — Eine Versuchsreihe an Ziegen, welche teils natürlich am Euter, teils mit abgekochter Ziegenmilch, teils mit gekochter Kuhmilch genährt wurden, zeigen an vergleichenden Gesichtstabellen und an der Hand von Photographien die auffällige Verschiedenheit in der Entwicklung der Tiere. Die Überlegenheit der natürlichen Ernährung ist augenfällig und am schlechtesten ist die Entwicklung der mit Kuhmilch genährten, besonders in den nachfolgenden, ebenso genährten Generationen. Bei einem Tiere der letzteren Art zeigten sich mit Bronchialkatarrh und Verdauungsstörungen eingehende Erkrankung der Extremitätenknochen, die klinisch den Eindruck einer akuten Rachitis machte und nach drei Wochen mit dem Tode endete. — Eine minderwertige Konstitution kann nicht nur direkt von den Eltern auf das Kind vererbt werden, sie kann auch nach der Geburt erworben werden, dadurch, daß bei künstlicher Ernährung die in der Muttermilch enthaltenen Schutzstoffe dem Kinde vorenthalten werden.

Des weiteren werden die Beziehungen der Konstitution des Individuums zur Volkskonstitution erörtert: der ungünstige Einfluß des Nichtstillens auf die Leistungsfähigkeit und Gesundheit der Schulkinder, sowie auf die Wehrkraft des Volkes. Die wirtschaftliche Bedeutung der hohen Kindersterblichkeit wird an Zahlenreihen und vergleichenden Tabellen klargelegt.

Es kann bei verhältnismäßig niedriger Geburtenziffer und gleichzeitig geringer Kindersterblichkeit der gleiche Volkszuwachs erreicht werden, wie bei hoher Geburtenziffer und gleichzeitig großer Kindersterblichkeit. „Die Nationen, welche nach dem ersten Verhältnis ihren Zuwachs gewinnen, produzieren ihn wirtschaftlicher, im Sinne einer Wertproduktion, als jene, welche den unwirtschaftlichen Modus verfolgen, eine hohe Kindersterblichkeit durch eine große Geburtenhäufigkeit auszugleichen oder zu übertrumpfen.“

Verfasser stellt folgende Schlußfolgerungen auf:

Der Kampf gegen die Kindersterblichkeit ist eine nationale Angelegenheit. Er bedarf der Unterstützung des Staates, der Gemeinwesen und des Volkes. Sein Ziel muß sein:

1. Beseitigung der widernatürlichen Ernährung des Kindes im ersten Lebensjahre;

2. völlige Hingabe der Mütter an ihre Pflichten gegen das heranwachsende Geschlecht durch weitgehende wirtschaftliche Förderung. In diesem Sinne ist die Einführung einer Mutterschaftsversicherung (Mayet) und eines Reichsammengesetzes (Schloßmann) eine dringende Notwendigkeit und eine unerläßliche Vorbedingung der Entwicklung nationaler Arbeits- und Wehrfähigkeit, wirtschaftlicher Verwendung und Mehrung des Volksvermögens.

3. Erziehung der Mütter und des heranwachsenden weiblichen Geschlechtes zu körperlicher Tüchtigkeit, zur Erkenntnis und Erfüllung ihrer staatsbürgerlichen Pflicht gegen die Volkskonstitution.

4. Erziehung der Nation zur „Achtung vor der Heiligkeit der kommenden Generationen“.

5. Evidenz der Säuglingsernährung durch alljährlich zu veröffentliche amtliche statistische Erhebungen.

Rievel, Dr. H., Prof. an der tierärztl. Hochschule Hannover. *Handbuch der Milchkunde*. Verlag: M. u. H. Schaper, Hannover.

Es ist dies ein ausgezeichnetes Werk, geeignet, neben dem Veterinärmediziner ganz besonders dem Kinderarzt eingehendes Interesse abzugewinnen. Leider sind wir ja bei der Ernährung unserer Säuglinge, solange die Mütter ihren natürlichen Pflichten noch nicht wieder voll und ganz nachkommen, in allererster Linie auf die unnatürliche Ernährung durch die Kuhmilch angewiesen. Hier finden wir in ausführlicher und übersichtlicher Form alle einschlägigen Fragen eingehend berücksichtigt. Besonders da, wo man zur Herabsetzung der Säuglingsterblichkeit Milchküchen und Säuglingsfürsorgestellen einrichtet, verdient das wirklich seinen Stoff erschöpfende Buch sehr beachtet zu werden. (448 Belege aus der gesamten Literatur sind namentlich am Schluß des Buches angeführt.) Gibt es doch Aufklärung über alle einschlägigen Fragen zur Beschaffung einer einwandfreien Milch, sowie über deren Behandlung, anfangend an der Produktionsstelle und weiter bis zu dem Augenblick, wo die Milch dem Säugling gereicht werden soll. Weitere Abschnitte behandeln: „Die Milch und ihre Eigenschaften“; „Gesundheitsschädliche Beschaffenheit der Kuhmilch“; „Maßregeln zur Verhütung der durch den Milchgenuß drohenden Gefahren“; „Kindermilch und Säuglingsernährung“; „Milchkontrolle“.

Der Anhang enthält noch einige neuere Polizeiverordnungen, die in den letzten Jahren im In- und Auslande erlassen worden sind und zum Teil den modernen Anforderungen bereits Rechnung tragen. Etwaige Verbesserungen derselben ergeben sich aus den vorausgegangenen Darlegungen. Die klare und bestimmte Ausdrucksweise wirkt bei der Fülle des Stoffes stets anregend, niemals ermüdend.

Dr. Fritz Wahrendorf, Hannover.

Zeitschrift für Säuglingsfürsorge

Band 2

1908

Nr. 11

Aus der medizinischen Kinderabteilung des Universitäts-Krankenhauses zu Rostock.

Säuglingssterblichkeit im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin in den Jahren 1876—1905.

(Nach einem, auf der 32. ord. Versammlung des allgemeinen mecklenburgischen Ärztevereins in Schwerin am 12. Juni 1908 gehaltenen Vortrage.)

Von

Privatdozent Dr. med. **H. Brünig**, Oberarzt.

Meine Herren! Wer sich über Säuglingssterblichkeit in Mecklenburg-Schwerin eingehender orientieren will, wird in der vorliegenden Literatur kaum irgend etwas finden. Wohl gibt es einige Publikationen lokaler Natur, welche sich, wie z. B. die Dissertationen von Claus und Berg, mit der Frage der Sterblichkeit der Säuglinge in Rostock befassen, oder auch, wie die Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes und die Jahresberichte im Mecklenburgischen Staatskalender, die wichtigsten mecklenburgischen Geburts- und Sterblichkeitsziffern im Vergleich zu anderen deutschen Bundesstaaten bzw. auch für die einzelnen Jahre für die verschiedenen Landesteile des Großherzogtums Mecklenburg-Schwerin bringen, irgendeine zusammenfassende Arbeit jedoch, welche für einen längeren Zeitraum die Mortalitätsverhältnisse unserer mecklenburgischen Säuglinge im besonderen behandelt, ist, soviel ich aus meinen einschlägigen Studien entnehmen darf, nicht vorhanden. So ergab sich denn bei den augenblicklichen Bestrebungen, wie sie allenthalben auf dem weiten Gebiete der Säuglingsfürsorge in Angriff genommen werden, die voraussichtlich interessante und dankbare Aufgabe, auch für Mecklenburg-Schwerin einmal genauer den einschlägigen Fragen nachzugehen, um festzustellen, wie überhaupt die Sterblichkeit der Säuglinge innerhalb der verschiedenen Distrikte des Großherzogtums sich verhält.

Von dem angedeuteten Gesichtspunkte ausgehend, habe ich einen meiner Schüler, Herrn cand. med. Saul, beauftragt, die Sterblichkeit der Säuglinge im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin in dem 30jährigen Zeitraum von 1876—1905 genauer zu studieren, wobei ich nicht verfehle darauf hinzuweisen, daß das Großherzogliche Statistische Amt uns in dankenswerter Weise ein umfangreiches Zahlenmaterial als Unterlage bereitwilligst zur Verfügung gestellt hat. Über die wichtigsten Ergebnisse der durch eigene Untersuchungen vervollständigten Saulschen Doktorarbeit möchte ich mir erlauben, schon heute hier in aller Kürze zu berichten.

Ich verweise zunächst auf die Tabelle A, auf welcher für die Einzeljahre 1876—1900 die Sterblichkeit der bis 1 Jahr alten und der bis 5jährigen Kinder im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin in Form von Kurven von Jahr zu Jahr dargestellt ist, und zwar derart, daß die oberen, dicker gezeichneten Kurven die Werte für die bis zu 5 Jahre alten Kinder, die unteren, zarter gehaltenen die Ziffern für Säuglinge repräsentieren, und zwar je nach der Art der Kurve für das gesamte Großherzogtum, sowie getrennt für Stadt und Land.

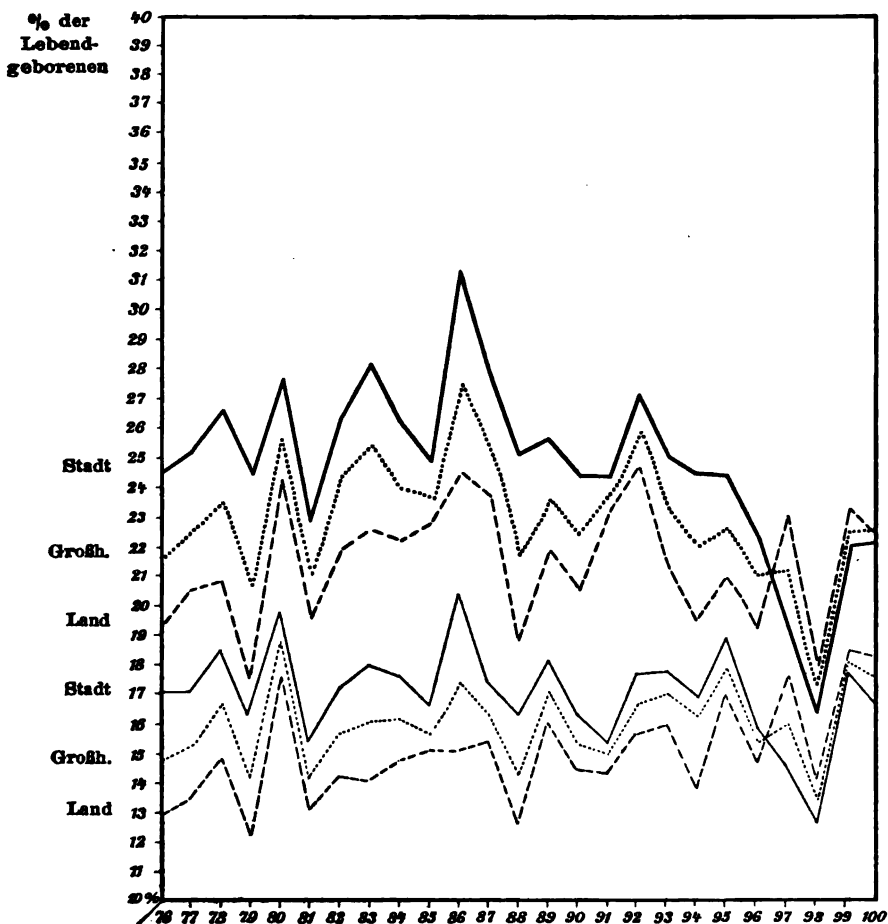
Man ersieht aus der vorstehenden Kurventafel, daß die Säuglingssterblichkeit im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin im Durchschnitt etwa 16 % der Lebendgeborenen betragen hat und daß, ganz allgemein gesprochen, vom Jahre 1876—1886 sämtliche Kurven steigende, von da an, wenn auch nicht ganz gleichmäßig, sinkende Tendenz aufweisen, derart, daß in den Jahren 1879 und 1898 die relativ niedrigsten, im Jahre 1886 die höchsten Ziffern erreicht wurden, daß ferner die jedesmaligen 3 Kurven von den Jahren 1870—1896 ziemlich genau parallel laufen derart, daß bei Säuglingen sowohl als auch bei bis 5jährigen Kindern besondere Steigerungen (siehe z. B. 1880 und 1886) oder auch, wie für die Jahre 1879, 1881, 1888 und 1898, auffallende Senkungen gleichmäßig vorhanden waren. Man sieht dann weiterhin, daß bis zu dem eben genannten Jahre 1896 stets die Mortalitätskurven beiden Kategorien von Kindern (Säuglinge und bis 5jährige) für die Stadt am höchsten und für das Land am niedrigsten gewesen sind, während das Großherzogtum als Ganzes einen Mittelwert aufwies.

Man sieht aber weiterhin, daß im Jahre 1896 zugleich mit

einem allgemeinen Absinken der Kurven, sowohl für die Säuglinge als auch für die bis 5 Jahre alten Kinder, die Kurve der in der

Tafel A.

Die Sterblichkeit der Säuglinge (dünnere Linien) und der bis zu 5 Jahren alten Kinder (dickere Linien) in % der Lebendgeburten im Großherzogtum (...), sowie nach Stadt (—) und Land (----) in den Jahren 1876—1900.



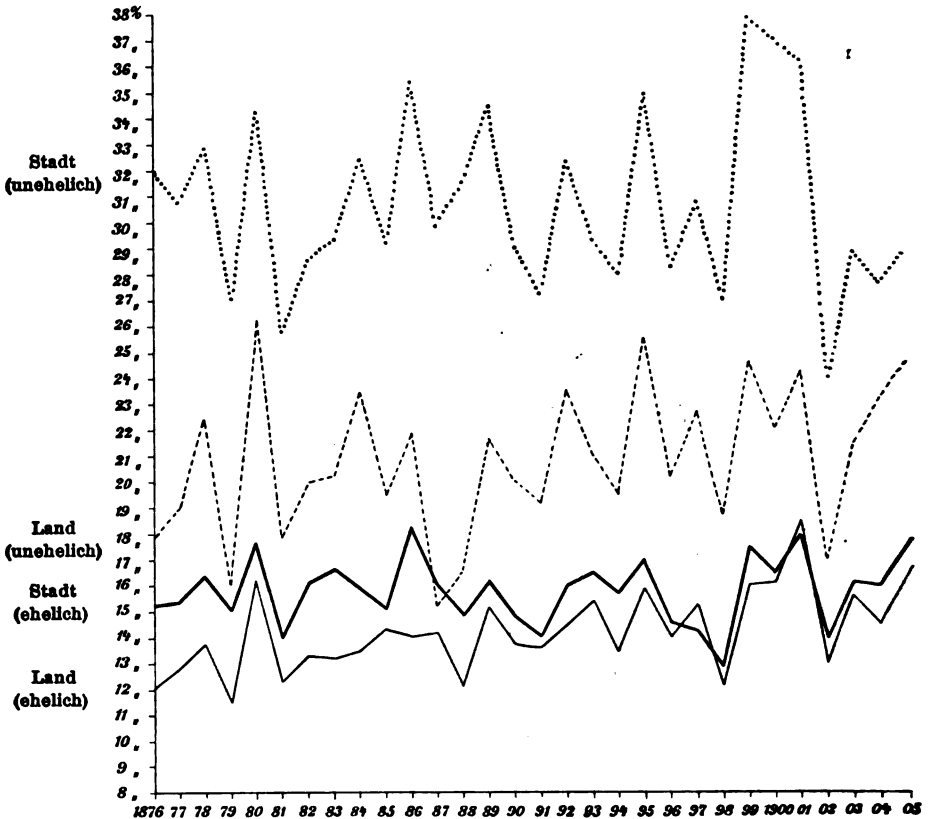
Stadt Gestorbenen unter diejenige der auf dem Lande Gestorbenen herabsinkt, und daß dieses Verhalten bis zum Jahre 1900 anhält.

Es erhob sich nun, nachdem im vorigen die Mortalitätsziffern der Säuglinge im allgemeinen festgestellt, die Frage, in

welcher Weise sich die Säuglinge, je nachdem sie ehelich oder unehelich geboren waren, an der Sterblichkeit beteiligten, und zwar auch wieder, je nachdem man es mit Stadt- oder Land-

Tafel B.

‰ Säuglingssterblichkeit in Mecklenburg-Schwerin in den Einzeljahren 1876—1905 nach ehelich (—) und unehelich (---), sowie nach Stadt (.....) und Land (-----).



säuglingen zu tun hatte. Über diese Frage gibt die folgende Tafel B Aufschluß, auf welcher für die einzelnen Jahre von 1876 bis 1905 die Sterblichkeit der Säuglinge nach Stadt und Land sowie nach ihrer Legitimität verzeichnet ist. Die dickeren Kurven repräsentieren die für die Stadt, die dünneren die für das Land gefundenen Werte; die ausgezogenen Kurven gelten für die ehelichen, die punktierten für die illegitimen Säuglinge.

Aus der vorstehenden Kurventafel, deren Einzelheiten Herr cand. med. Saul näher erörtern wird, geht folgendes hervor:

1. Die Sterblichkeit der ehelichen Säuglinge ist geringer als diejenige der unehelichen.

2. Die Sterblichkeit der ehelichen Säuglinge ist Schwankungen unterworfen, die erheblich weniger ausgiebig sind, als bei unehelichen Säuglingen.

3. Die Sterblichkeit der ehelichen Säuglinge ist in der Stadt bis zum Jahre 1897 größer als auf dem Lande, geht aber in diesem Jahre unter diejenige der Landsäuglinge herab, um schon wieder im Jahre 1898 die Kurve der letzteren zu kreuzen; ein ähnliches Verhalten findet sich im Jahre 1901/1902.

4. Die Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge ist viel größeren Schwankungen unterworfen als diejenige der ehelichen.

5. Die Sterblichkeit der ehelichen Säuglinge in den Einzeljahren 1876—1905 schwankt

in der Stadt zwischen 12,8 und 18,4 %

auf dem Lande zwischen 11,6 und 18,3 %,

diejenige der unehelichen Säuglinge

in der Stadt zwischen 24,1 und 37,8 %

auf dem Lande zwischen 16,0 und 25,5 %.

Die in der Tafel B für die Einzeljahre besonders in die Augen springenden gewaltigen Differenzen der Säuglingsmortalität ehelicher und unehelicher Kinder werden mehr oder weniger ausgeglichen, wenn man, wie es in der folgenden Tafel C geschehen ist, für je 5jährige Perioden des 30jährigen Gesamttraumes die zugehörigen Werte berechnet.

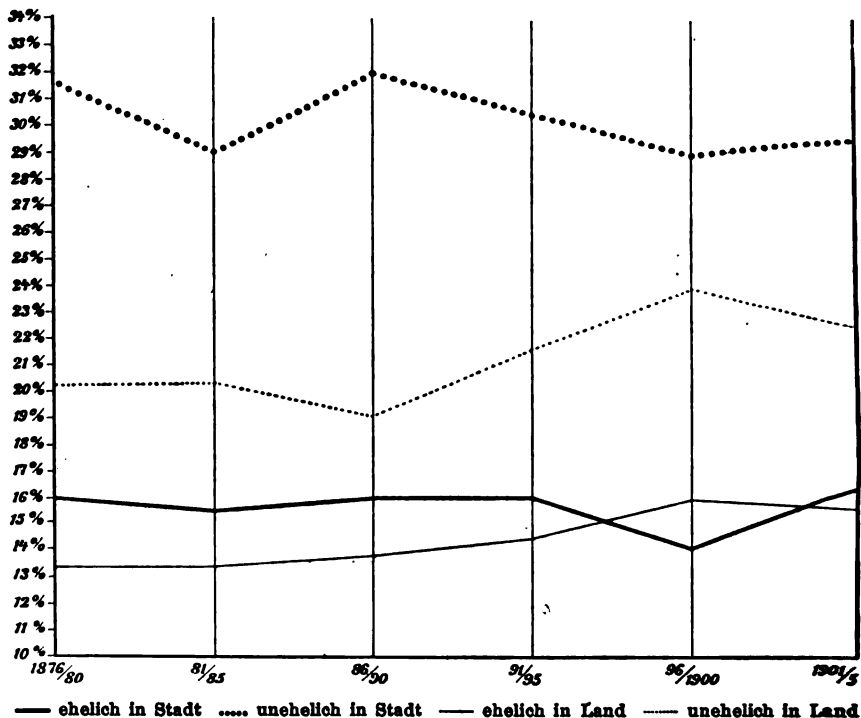
Wir sehen dann, daß die Mortalitätskurve ehelicher Stadtsäuglinge von 1876/80—1891/95 fast, sich um 16 % haltend, wagerecht verläuft, und daß auch hier bis zum Jahre 1897 die auf Tafel B verzeichnete Kreuzung mit der Kurve der Landsäuglinge auftritt, derart, daß hier die bis dahin am niedrigsten verlaufende Kurve der Mortalität ehelich geborener Säuglinge auf dem Lande ansteigt, während diejenige der Stadtsäuglinge von ca. 16 auf 14 % sinkt, um erst einige Jahre später wieder die vorhin genannte Kurve zu schneiden und auf ihre frühere Höhe anzusteigen.

Was die unehelichen Todesfälle bei Stadtsäuglingen anlangt, so schwankt deren Kurve mehr als bei ehelichen Kindern,

hat aber immerhin, wenn man den 30jährigen Zeitraum berücksichtigt, sinkende Tendenz gegenüber der Kurve unehelich gestorbener Landsäuglinge, deren Kurve namentlich seit den Jahren 1886/90 deutlich anzusteigen beginnt. In Zahlen ausgedrückt läßt sich also folgendes behaupten:

Tafel C.

Säuglingssterblichkeit 1876—1905 in % nach ehelich und unehelich im Durchschnitt von je 5 Jahren berechnet.



1. Die Mortalität der ehelichen Säuglinge in der Stadt in den Jahren 1876—1905 ist fast gleich geblieben, diejenige der unehelichen ist von ca. 32 % auf 29,5 % abgesunken.

2. Die Mortalität ehelicher Säuglinge auf dem Lande ist von 12,4 % auf 15,5 % und diejenige der unehelichen von rund 20 % auf 22,5 % gestiegen.

3. Die Durchschnittsmortalität der ehelichen Säuglinge in den Jahren 1876—1905 betrug

	in der Stadt	15,6 %
	auf dem Lande	14,5 %,
diejenige der unehelichen Säuglinge	in der Stadt	30,2 %
	auf dem Lande	21,2 %,

wie durch die auf folgender Tabelle E rechterseits dargestellten Säulenkolonnen zugleich mit den Mittelwerten für das ganze Großherzogtum mit 15,1 % bzw. 25 % veranschaulicht wird. Außer den zuletzt angeführten Durchschnittsziffern enthält die Tafel E aber noch eine weitere Illustration der Säuglingssterblichkeit nach Tage, Wochen und Monaten, innerhalb deren der Tod erfolgte, und zwar wiederum für eheliche und uneheliche Säuglinge, sowie für den 30jährigen Zeitraum von 1876—1905.

Die Säulengruppen linkerseits lassen nämlich erkennen, daß innerhalb der beiden ersten Lebenstage bei ehelichen und unehelichen Lebendgeborenen die Sterblichkeit eine annähernd gleiche gewesen ist, daß dann bei einer Lebensdauer von 3 Tagen bis 6 Monaten nach einem ziemlich beträchtlichen Sinken die Sterblichkeit beider Kategorien von Säuglingen konstant zunimmt, jedoch so, daß die Differenz zwischen ehelichen und unehelichen Säuglingstodesfällen immer größer wird, so daß die Mortalität der letzteren bei 2—6 monatlichen Kindern mit 12 % fast doppelt so groß ist als die bei gleichaltrigen ehelichen Säuglingen, ein Beweis, daß gerade in diesem Lebensalter die Existenz unehelicher Säuglinge besonders gefährdet sein muß. Vom 7.—12. Lebensmonat tritt dann bei beiden Kategorien von Säuglingen wieder ein Absinken der Mortalität ein, so daß bei ehelichen etwa die mittlere Höhe zwischen 1 bzw. mehr als 6 Monate alten resultiert mit 4,1 %, und bei unehelichen der Unterschied ein erheblich größerer ist (12 : 5,7 %).

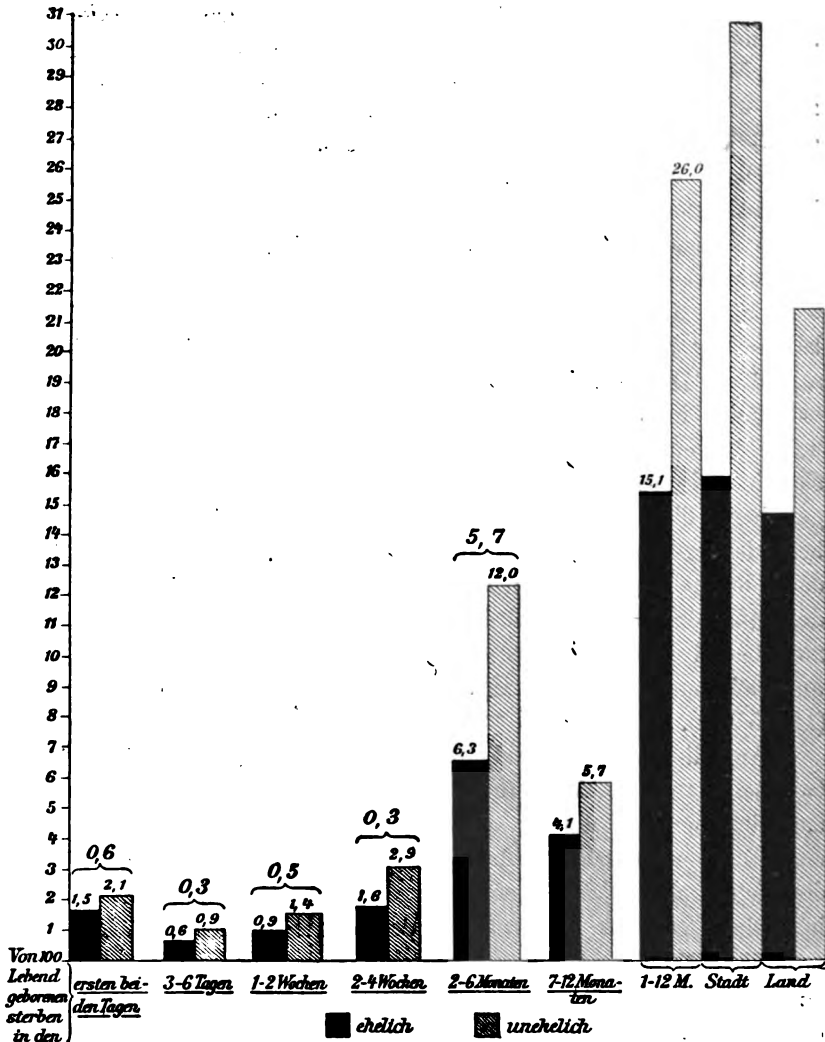
Auf die höhere Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin gegenüber den ehelichen habe ich bereits früher in dieser Zeitschrift hingewiesen und als einen der wichtigsten Gründe die reformbedürftige Organisation des Zieh- und Kostkinderwesens hingestellt ¹⁾. Da meine damaligen, in erster Linie für die größeren Städte des Landes berechneten

¹⁾ Brüning, H., Säuglingssterblichkeit und Kostkinderwesen in Mecklenburg-Schwerin. Zeitschrift für Säuglingsfürsorge, Bd. II, 1908.

Werte sich nur auf die beiden Jahre 1901 und 1902 bezogen, habe ich im folgenden, um die Beweiskraft der damals gefundenen Zahlen zu kontrollieren und ev. zu steigern, für den fünfjährigen

Tafel E.

Die durchschnittliche Säuglingssterblichkeit nach Tagen, Wochen, Monaten usw., nach ehelich und unehelich, sowie die Gesamtsäuglingssterblichkeit nach Legitimität und Stadt und Land im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin in den Jahren 1876—1905.



Zeitraum von 1901—1905 die einschlägigen Werte für die 3 Städte mit mehr als 20000 Einwohnern (Rostock, Schwerin, Wismar) sowie für die Städte von 5—20000 und diejenigen Orte mit weniger als 5000 Einwohnern berechnet und in Säulengruppen angeordnet. Die damals erhaltenen auffälligen Resultate, daß

1. mit dem Anwachsen der Einwohnerzahl der Städte die Mortalität der illegitimen Säuglinge sank, während dieses Verhalten bei den ehelichen zu vermissen war,

2. daß besonders die Haupt- und Residenzstadt Schwerin und auch die Stadt Güstrow mit einem Verhältnis der ehelichen und unehelichen Säuglingstodesfälle von rund 1 : 2 im Vergleich zu Rostock und Wismar ungünstig abschnitten, wird durch die auf Tafel F dargestellten Säulenreihen vollauf bestätigt, insofern nämlich, als auch in dem 5jährigen Zeitraum von 1901—1905 das Verhältnis der ehelichen und unehelichen Säuglingstodesfälle betrug:

in Rostock	15,1 : 24,2 %
und in Wismar	16,4 : 25,2 %,
in Schwerin dagegen	13,3 : 27,2 %

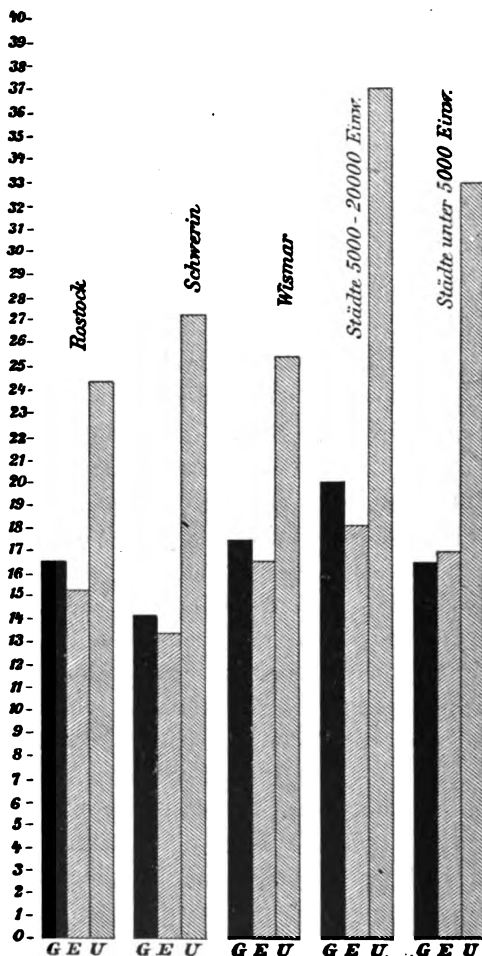
und in den Städten von 5—20000 Einwohnern, zu denen auch Güstrow gehört, 18 : 37 %; dem letzteren gegenüber stehen die Ortschaften mit weniger als 5000 Einwohnern mit 16,8 : 32,9 %, relativ günstig da, obwohl auch hier die Werte größer sind als in Rostock und Wismar. Wir stehen also auch hier wiederum vor der bedauerlichen und Abhilfe erheischenden Erscheinung, daß, um nur Schwerin nochmals besonders herauszugreifen, in einer Stadt mit durchaus günstiger Sterblichkeit ehelicher Säuglinge eine im Verhältnis hierzu auffallend ungünstige Mortalität illegitimer Säuglinge vorhanden ist, obwohl gerade auch hier ein Mangel an geeigneten Pflegestätten für das jüngste Kindesalter nicht zugegeben werden kann. Ebenso wenig scheinen Temperatur- und Witterungsverhältnisse, auf deren Bedeutung für die Magen-darmstörungen und die Mortalität im Säuglingsalter vor kurzem Meinert in Dresden in einer überaus fleißigen und exakten ausführlichen Studie¹⁾ nochmals hingewiesen hat, für Schwerin einen konstanten Einfluß auf den Verlauf der Kurve ausgeübt zu haben. Es läßt sich zwar aus der Tabelle G, in welcher die Mortalität

¹⁾ Meinert, E., Säuglingssterblichkeit und Wohnungsfrage. Archiv für Kinderheilkunde, 1906, Bd. 34.

der Schweriner Säuglinge nach ihrer Kopfhöhe und Legitimität für die Jahre 1886—1903 verzeichnet ist und außerdem das Jahres-

Tafel F.

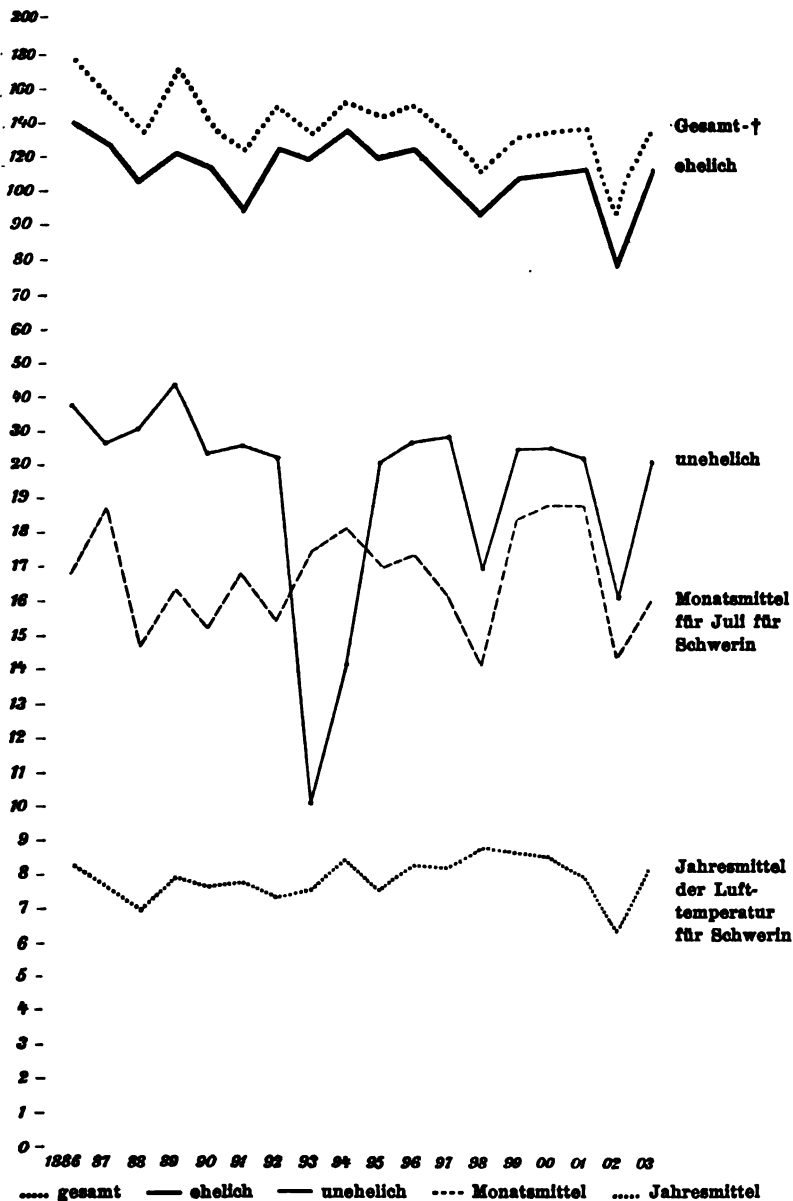
Säuglingstodesfälle in ‰ der zugehörigen Lebendgeburten in den Jahren 1901—1905 nach Größe der Städte und Legitimität.



mittel der Lufttemperatur, sowie das Monatsmittel der letzteren für den Monat Juli in Form einer Kurve zur Darstellung gebracht ist, entnehmen, daß in bestimmten Jahren ein Parallelismus besteht, siehe z. B. 1902, andererseits aber doch nicht verkennen, daß in

Tafel G.

Säuglingsterblichkeit in Schwerin in den Jahren 1886—1903 im Verhältnis zum Jahresmittel der Lufttemperatur, sowie zu der mittleren Temperatur im Monat Juli.



anderen Jahren ein völlig ungleichmäßiges Verhalten konstatiert werden muß (siehe z. B. 1889—1901).

Meine Herren! Ich will heute nicht weiter auf die Gründe der verschiedenen Mortalität der Säuglinge des Großherzogtums Mecklenburg-Schwerin eingehen; ich wollte Sie lediglich mit den eben vorgetragenen Tatsachen bekannt machen. Ich hoffe aber, daß Sie sich nicht der Einsicht verschließen werden, daß hier manche Dinge der Besserung harren, und daß für manchen von Ihnen ein dankbares Feld ärztlicher Tätigkeit im Sinne moderner Säuglingsfürsorge offen steht.

Fünf Jahre Ziehkinderfürsorge in Mannheim.

Von

Dr. Felsenthal, Mannheim.

Die Stadt Mannheim hat seit 1. Juni 1903 die Beaufsichtigung der Ziehkinder nach modernen Grundsätzen geregelt.

Die Pflegeeltern sind nicht allein verpflichtet, die polizeiliche Anmeldung des Ziehkinds zu bewirken, sondern sie müssen dasselbe auch bei der Armenkommission anmelden. Dadurch erhält die städtische Armenkommission möglichst rasch von der Inpflegenahme des Kindes Kenntnis und kann auf die Beseitigung etwaiger Mängel ohne Verzug hinwirken.

Die Pflegemutter erhält sofort bei der Anmeldung eine Anweisung, die ihr eine Richtschnur für eine zweckentsprechende Verpflegung der Ziehkinder, insbesondere der Säuglinge geben soll. — Sache der Berufsarmenpflegerinnen ist es, die Pflegerinnen in der Befolgung dieser Vorschriften zu unterweisen und sich durch häufige Besuche davon zu überzeugen, ob das Ziehkind gut untergebracht ist.

Die Pflegemütter sind verpflichtet, die Ziehkinder einer regelmäßigen fortdauernden Beobachtung und ev. Untersuchung durch den zuständigen Armenarzt zu unterstellen.

Zu diesem Behufe sind

Kinder unter einem Jahr jeden Monat,

Kinder von ein bis zwei Jahren jeden zweiten Monat,

Kinder über zwei Jahre alle sechs Monate

dem zuständigen Armenarzt, der im Erlaubnisschein jeweils verzeichnet ist, in der Sprechstunde vorzustellen.

Die Armenärzte haben sich mindestens einmal jährlich durch einen Besuch in der Wohnung der Pflegemutter von der Art der Unterkunft und Pflege des Kindes zu verlässigen.

Die Berufsarmenpflegerinnen haben Ziehkinder

unter einem Jahr alle 14 Tage,

von ein bis zwei Jahren jeden Monat

und über zwei Jahre alte jeden zweiten Monat

in der Wohnung der Pflegeeltern zu besuchen.

Den Pflegemüttern wird von der Stadt für die Pflegekinder unentgeltliche ärztliche Behandlung durch den zuständigen Armenarzt und unentgeltliche Arznei zur Verfügung gestellt. Es ist ihnen jedoch unbenommen, in Krankheitsfällen auf ihre Rechnung einen andern Arzt als den Armenarzt zu Rate zu ziehen. Zur Verordnung von Medikamenten auf Kosten der Armenkasse ist jedoch nur der zuständige Armenarzt berechtigt.

Eine Zusammenstellung der in dem Jahrfünft 1903/07 überwachten Ziehkinder gibt folgende Tabelle:

Jahrg.	Überwacht wurden		Abmeldungen		davon unter 1 Jahr gest.	Mortalitätsverhältnis der Säuglinge.
	im ganzen	davon Säuglinge	durch Wegzug usw.	durch Tod		
1903	348	186	68	35	32	17,2%
1904	475	241	169	69	62	25,7%
1905	521	290	199	45	39	13,8%
1906	598	283	293	57	50	17,7%
1907	613	277	254	61	50	18,0%

Aus dieser Zusammenstellung geht zunächst hervor, daß etwa die Hälfte aller hiesigen Ziehkinder sich im Säuglingsalter (unter ein Jahr) befand. Die Mortalität dieser Säuglinge ist, solange sie überwacht wurden, recht gering; sie ist viel geringer als die durchschnittliche Säuglingssterblichkeit in Mannheim, die sich 1903/07 zwischen 23,5 % und 21,7 % bewegte, sie ist sogar geringer, als die Sterblichkeit der ehelichen Säuglinge, die in maximo 21,1 % (1904) und in minimo 18,8 % (1907) betrug.

Ich möchte indes diese günstige Sterblichkeitsziffer der überwachten Ziehkinder unter 1 Jahr nicht allzusehr betonen; denn der Abgang aus der Überwachung durch Wegzug, durch Übergang aus entgeltlicher in unentgeltliche Pflege ist zu groß, als daß er ohne Einfluß auf die Sterblichkeitsziffer hätte bleiben können.

Es ist auffallend, daß von Jahr zu Jahr die Zahl der Abgänge größer wird, verhältnismäßig viel größer, als es der Zunahme der überwachten Kinder entspricht. So daß die Vermutung nicht ganz abzuweisen ist, daß ein Teil der manchmal lästigen Kinder der Überwachung entzogen wird, indem sie an Orte gebracht werden, wo eine ärztliche Beaufsichtigung der Ziehkinder noch nicht besteht, oder indem sie in angeblich unentgeltliche Pflege unter-

gebracht werden, also nicht mehr Ziehkinder im engeren Sinne, und dadurch außer Kontrolle sind.

Es geht aus diesen Zahlen hervor, daß der Begriff Ziehkind weiter gefaßt werden muß, daß die Fürsorge sich erstrecken muß auf alle, bei Fremden in entgeltliche oder unentgeltliche Pflege untergebrachten Kinder und daß auch in kleinen Städten und auf dem Lande eine ärztliche Beaufsichtigung der Ziehkinder eingeführt werden muß. Sonst ist der Verschleppung und der Verheimlichung lästiger Säuglinge Tür und Tor geöffnet.

Die Mehrzahl der überwachten Kinder waren uneheliche Kinder.

Der Erfolg der Ziehkinderfürsorge müßte nun daran zu erkennen sein, daß die Sterblichkeit der unehelichen Kinder überhaupt geringer geworden ist. Denn wenn die überwachten unehelichen Kinder weniger zahlreich sterben, so muß sich die Sterblichkeit der unehelichen Kinder überhaupt verringern. Die Mehrsterblichkeit der unehelichen Kinder entspringt nicht inneren Ursachen, einer angeborenen Schwäche des Organismus, sondern sie ist eine auf äußeren Einflüssen beruhende vermeidbare Tatsache.

Wenn sich also feststellen läßt, daß die Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge in den letzten fünf Jahren in Mannheim geringer geworden ist, so ist mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß die durch die Überwachung bewirkte bessere Pflege und Wartung der Ziehkinder die Ursache dieser erfreulichen Erscheinung ist.

Die Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge in den Jahren 1903/07 war folgende:

Jahrgang	lebendgeb. uneheliche	im ersten Lebensj. gest.	gest. in % der Lebendgeb.
1903	540	269	49,80%
1904	565	233	41,25%
1905	616	227	36,40%
1906	637	204	32,00%
1907	660	182	27,60%

Die Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge im Jahrfünft 1903/07 ist also bedeutend zurückgegangen, von 49,8% (1903) auf 27,6% (1907), das ist um 45%.

Dieser Sturz der Mortalitätskurve der unehelichen Säuglinge fällt zeitlich zusammen mit der Einführung der Ziehkinderüber-

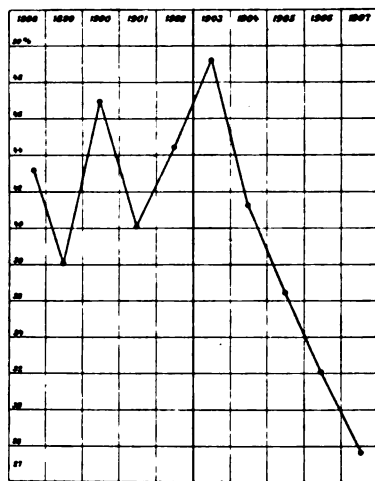
wachung in Mannheim; es ist mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß er auch durch sie verursacht ist. — Denn ein ähnliches Absinken der Mortalität der unehelichen Säuglinge hat man hier bis jetzt noch nicht beobachtet.

Zum Vergleich führe ich die Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge in fünf vorhergehenden Jahren an, 1898/1902.

Jahrgang	lebendgeb. uneheliche	im ersten Lebensj. gest.	gest. in % der Lebendgeb.
1898	435	188	43,2%
1899	433	164	38,0%
1900	471	222	47,0%
1901	555	223	40,0%
1902	548	245	44,5%

Zur besseren Übersicht habe ich die Sterblichkeitsverhältnisse der unehelichen Säuglinge in den letzten zehn Jahren graphisch dargestellt.

Sterblichkeitstabelle der unehelichen Säuglinge in Mannheim
vor der Ziehkinder- nach der Ziehkinder-
überwachung überwachung



In Mannheim werden nur Ziehkinder überwacht, d. h. Kinder, die gegen Entgelt bei Fremden in Pflege untergebracht sind. Durch diese Abgrenzung steht die Hälfte der unehelichen Säuglinge hier außer Kontrolle. Meistens zum Nachteil des Kindes. Denn die

Säuglinge, welche die Mutter, Schwester oder sonst ein Verwandter der unehelichen Mutter aufnimmt, werden sehr oft als eine unbequeme Last empfunden. — Die günstige Wirkung der kontrollierten Pflege zeigt sich aber deutlich an den oben mitgeteilten Zahlen.

Wenn man mit den Bestrebungen der Gemeinde zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit vorwärts kommen will, so muß man, wie Pütter¹⁾ und Lindemann²⁾ mit Recht hervorheben, den Kreis der zu beaufsichtigenden Kinder erweitern. Für die Ausdehnung der Beaufsichtigung muß der Grundsatz maßgebend sein, daß den am meisten gefährdeten Kindern am meisten zu helfen ist (Pütter, l. c.).

Das sind:

1. alle unehelichen Kinder, wo immer sie auch in Pflege sind, in entgeltlicher oder unentgeltlicher,
2. alle ehelichen, bei Fremden sich in entgeltlicher Pflege befindlichen Kinder,
3. die Kinder von Familien, die öffentliche Armenunterstützung erhalten. Denn diese Familien sind materiell so schlecht gestellt, daß sie nicht in der Lage sind, die für einen Säugling erforderlichen Opfer an Zeit und Pflege zu bringen.

¹⁾ Pütter: Zeitschrift für Säuglingsfürsorge, Bd. I.

²⁾ Lindemann: Ergebnisse der Säuglingsfürsorge, Heft I, 1908.

Die Ernährungs- und Sterblichkeitsverhältnisse der Säuglinge im Kreise Springe.

Von

Kreisarzt Dr. **Hillenberg**, Springe.

Durch die folgenden anspruchslosen Mitteilungen wollte ich mir gestatten, in Kürze einen Überblick über die Ernährungs- und die hiermit eng verknüpften Sterblichkeitsverhältnisse der Säuglinge in einem rein ländlichen Bezirk zu geben.

Der Kreis Springe mit 407 qkm Flächeninhalt, südwestlich vom Landkreis Hannover zwischen den Höhenzügen des Osterwald, großen und kleinen Deister und des Süntel gelegen, umfaßt vier kleinere Landstädte und 49 Landgemeinden mit insgesamt 32 000 Einwohnern. Zur Hauptsache wird Landwirtschaft betrieben, und zwar vorzugsweise Getreide-, daneben Zuckerrübenbau; die jährliche Produktion an Milch ist eine ganz bedeutende, welche letztere in ihrer Hauptmenge zur Ablieferung an Meiereien gelangt. Weidengang des Viehs fehlt fast völlig, es findet mit geringen Ausnahmen Stallfütterung auch im Sommer statt. Die Haltung und Pflege des Milchviehs, die Sauberkeit der Stallungen lassen noch vielerorts recht zu wünschen übrig; demgemäß ist auch der Schmutzgehalt der Milch ein erheblicher. — In den an den Abhängen des reichbewaldeten Deister und Süntel gelegenen Ortschaften wird außerdem eine blühende Holz-, vornehmlich Stuhlindustrie betrieben, welche weibliche Arbeitskräfte nur insofern beansprucht, als diese in Heimarbeit das Flechten der Stuhlsitze besorgen. — Die Bevölkerung ist im ganzen als leidlich, in einem Teile des Kreises sogar als recht wohlhabend anzusehen, jedenfalls herrscht nirgends eine Spur von ausgesprochener Armut. — Soviel nur sei zum Verständnis des Milieus vorausgeschickt.

Die Unterlagen für die folgenden Daten sind teils durch die Hebammentagebücher, teils durch einen Fragebogen gewonnen, der sämtlichen Hebammen zur gewissenhaften Beantwortung zugesandt wurde. Es wurde unter namentlicher Aufführung der Kinder ge-

fragt, ob das betr. Kind nach Ablauf eines Jahres noch am Leben und wie seine Entwicklung sich gestaltet, bzw. wann und woran es gestorben und wie lange die Mütter durchschnittlich zu stillen pflegen. Zur Feststellung der Todesfälle überhaupt wurden die standesamtlichen Register benutzt. Meine Kenntnisse beruhen also zum großen Teil auf Angaben von Hebammen und werden daher wohl von dieser und jener Seite mit Bedenken entgegengenommen werden, namentlich was die Daten über die Dauer des Stillens betrifft. Manchem Leser werden vielleicht die Worte einfallen, die Groth und Hahn¹⁾ in dieser Beziehung sagen: „Die Hebammen, welche der Mutter bei der Geburt beigestanden haben, zu derartigen Erhebungen (d. h. über die Dauer des Stillens) zu verwenden, müssen wir nach unseren Erfahrungen für sehr bedenklich halten . . . Und das gilt namentlich dann, wenn sie ihrem Vorgesetzten, dem Kreisarzt, Daten zu liefern haben.“ Die Richtigkeit dieses Ausspruchs im allgemeinen will ich durchaus nicht bezweifeln; im vorliegenden Falle darf ich aber schon um etwas mehr Vertrauen für die mitgeteilten Angaben bitten, und zwar aus folgenden Gründen: Fast jede Gemeinde, selbst solche mit nur einigen Hundert Einwohnern, besitzt ihre eigene Hebamme (40 im Kreise). Diese ist über das Ergehen ihrer Kinder bis weit über deren Kindheit hinaus stets bestens orientiert, da sie ständig mit ihnen und den Eltern in Berührung bleibt und für alle kleinen Zufälle des Lebens um Rat und Hilfe angegangen wird. Dies sei nur gesagt, um zu begründen, daß die Hebamme über das Ergehen, die Entwicklung der Kinder wohl orientiert ist. Was nun ferner die etwaige Unzuverlässigkeit der Angaben über die Dauer des Stillgeschäfts anlangt, so glaube ich, ohne sonderlich optimistisch zu sein, annehmen zu können, daß meine Hebammen mir nicht aus Angst vor etwaigen Vorwürfen wissentlich unrichtige Angaben machen; ich denke mit ihnen so zu stehen, daß sie mir in jeder Beziehung mit Vertrauen entgegenkommen können und auch entgegenkommen. Zudem jedoch bin ich selber, der ich jährlich ein bis mehrere Male in fast jedes Dorf komme und hier mich stets über alle mich interessierenden Fragen der Gesundheitspflege bei den Eingesessenen unterrichte, im allgemeinen aus eigener Er-

¹⁾ Groth und Hahn, Zur Methodik statischer Erhebungen über Säuglingsernährung. Zentralblatt für allgemeine Gesundheitspflege 1906.

fahrung durchaus orientiert, wie lange die Mütter zu stillen pflegen, und diese persönlichen Erfahrungen decken sich vollkommen mit den Angaben der Hebammen. Mögen also gewisse Abweichungen von der Wirklichkeit auch hinsichtlich meiner Mitteilungen bestehen, erheblich dürften sie nicht sein. — Schließlich darf ich noch vorweg bemerken, daß bei der Aufstellung der Berechnung diejenigen Kinder außer acht gelassen wurden, die innerhalb der ersten 14 Tage gestorben sind. Dies geschah aus dem Grunde, weil die große Mehrzahl derselben in den ersten 24 Stunden nach der Geburt gestorben ist und in dieser Zeit eine eigentliche Ernährung meist kaum stattgefunden haben dürfte. Jedenfalls fehlen in diesen Fällen vielfach nähere Mitteilungen über die Art der Ernährung, teils findet sich direkt die Notiz, daß das Kind Nahrung nicht zu sich genommen habe, so daß die genannten Kinder wohl mit Recht übergangen worden sind, zumal selbst durch ihre Einbeziehung das Gesamtergebnis nicht wesentlich geändert werden dürfte. Auf alle Fälle will ich jedoch die betreffenden Zahlen kurz an dieser Stelle einfügen. Es erhielten:

	von 24 in den ersten 14 Tagen verstorbenen Kindern des Jahres 1905	von 18 der- artigen Kin- dern des Jahres 1906	von 10 bis zum 31. Juli 1907 geborenen derartigen Kindern des Jahres 1907
Brustnahrung. . .	4	5	3
Flaschennahrung . .	3	6	1
Unbekannt . . .	17	7	6

Im übrigen gestalten sich die Ernährungs- und Sterblichkeitsverhältnisse der Säuglinge folgendermaßen:

Jahr 1905.

Von 719 über 14 Tage alten Kindern¹⁾ erhielten:

reine Brustnahrung	674 = 93,74 %
gemischte Nahrung	6 = 0,83 %
Brustnahrung überhaupt	680 = 94,57 %
Flaschennahrung (darunter sämtliche 8 uneheliche Kinder)	39 = 5,43 %
Von den 680 Brustkindern sind gestorben . .	87 = 12,79 %
„ „ 39 Flaschenkindern sind gestorben .	14 = 35,89 %
„ „ 8 unehelichen Flaschenk. sind gestorb.	3 = 37,50 %

¹⁾ Über weitere 139 Kinder des Jahres 1905 war zuverlässige Auskunft nicht zu erlangen.

Die Sterblichkeit im ersten Lebensjahr überhaupt (inkl. der innerhalb der ersten 14 Tage Gestorbenen) betrug:

von 869 lebendgeborenen Kindern 138 = 15,88 %.

Jahr 1906.

Von 886 über 14 Tage alten Kindern erhielten:

reine Brustnahrung	843 = 95,14 %
gemischte Nahrung	10 = 1,13 %
Brustnahrung überhaupt	853 = 96,27 %

Flaschennahrung (darunter sämtliche 7 uneheliche Kinder)	33 = 3,73 %.
--	--------------

Von den 853 Brustkindern sind gestorben . .	108 = 12,66 %
---	---------------

„ „ 33 Flaschenkindern sind gestorben .	12 = 36,36 %
---	--------------

„ „ 7 unehelichen Kindern sind gestorb.	3 = 42,85 %.
---	--------------

Die Sterblichkeit im ersten Lebensjahr überhaupt betrug:

von 904 lebendgeborenen Kindern 140 = 15,48 %.

Jahr 1907.

Von 475 bis zum 31. Juli 1907 inkl. geborenen über 14 Tage alten Kindern erhielten:

reine Brustnahrung	430 = 90,52 %
gemischte Nahrung	7 = 1,48 %
Brustnahrung überhaupt	437 = 92,00 %

Flaschennahrung (daruntersämtliche 7 unehelichen Kinder)	38 = 8,00 %.
--	--------------

Von den 437 Brustkindern sind gestorben . .	49 = 11,21 %
---	--------------

„ „ 38 Flaschenkindern sind gestorben .	14 = 36,84 %
---	--------------

„ „ 7 unehelichen Kindern sind gestorb.	1 = 14,28 %.
---	--------------

Die Sterblichkeit im ersten Lebensjahr überhaupt betrug:

von 485 bis zum 31. Juli 1907 lebendgeb. Kindern 73 = 15,05 %.

Vieler Worte bedarf es wohl neben diesen Zahlen nicht, um sagen zu können, daß die Ernährungs- und Sterblichkeitsverhältnisse der Säuglinge sich im hiesigen Bezirk, wenn auch durchaus nicht ideal, so doch recht günstig gestalten, obgleich die Sterblichkeit im ersten Lebensjahr überhaupt etwas über derjenigen für die ganze Provinz Hannover liegt, welch erstere 1905 14,05, 1906 nur 13,75 auf 100 Lebendgeborene betrug. Bemerkt sei noch, daß während der Berichtszeit ansteckende Krankheiten im Kreise in größerer Ausdehnung nicht geherrscht haben; Herbst 1906 und Frühjahr 1907 traten nur Masern in einzelnen Ortschaften in einer

größeren Zahl von Fällen auf, ohne daß jedoch die Sterblichkeit infolge derselben nennenswert beeinflußt worden wäre.

Was die Dauer der natürlichen Ernährung, für die $2\frac{1}{2}$ Jahr zusammengerechnet, betrifft, so ist als kürzester Termin 4 Monate bei 33,34 % der Kinder angegeben, die sonstigen Angaben schwanken zwischen 6—12 Monate und darüber, und zwar werden 50 % aller Kinder im Durchschnitt 9 Monate gestillt, 36,66 % erhalten 1 Jahr die Mutterbrust, 10 % über 1 Jahr. Nach meinen persönlichen Erfahrungen, die mir auch seitens verschiedener Hebammen bestätigt wurden, kann man wohl sagen, daß, wenn die Mütter überhaupt die ersten 4 Wochen haben stillen können, sie hiermit auch solange als möglich fortfahren, häufig schon, wie mir wiederholt erklärt wurde, aus dem Grunde, um eine neue Schwangerschaft möglichst lange hinauszuschieben.

Sieht man sich nach den Gründen des Nichtstillens um, so begegnet man am häufigsten dem Mangel an Nahrung und den sog. Hohlwarzen, und zwar in 34,37 % der Fälle. Daß beide Ursachen bei weitem nicht immer unabänderlich wären, brauche ich nicht zu betonen, bemerken will ich jedoch, daß sie in der alltäglichen Praxis in einzelnen Fällen tatsächlich einen Hinderungsgrund für das Stillen darstellen können. — Akute Erkrankungen der Mutter im Wochenbett bilden in weiteren 25 % einen Grund zum Nichtnähren der Kinder; in dieser Beziehung müssen Studierende und Hebammen noch eingehender belehrt werden, daß es tatsächlich kaum eine akute fieberhafte Krankheit gibt, welche das Stillen verböte. — Blutarmut und Schwäche werden in 21,87 %, Tuberkulose in 3,12 % genannt. Daß Tuberkulose ein durchaus stichhaltiger Grund für Flaschenernährung ist, ist nicht zu bezweifeln, während dies von den beiden anderen Krankheitszuständen nicht behauptet werden kann. Der Hebamme allein wird es allerdings kaum je gelingen, eine sich schwach führende, blutarme, dem Selbstnähren abgeneigte Frau zu letzterem zu veranlassen, sie vom Nutzen desselben zu überzeugen; in solchen Fällen müßte die erstere schon auf die Befragung eines Arztes dringen. Es gibt natürlich auch solche Ausnahmefälle, wo bei hochgradigen Schwächezuständen der Mutter, namentlich nach starken Blutverlusten in der Geburt, die künstliche Ernährung für Wochen nicht zu umgehen, und es dann für die Brusternährung zu spät ist, wenn die Mutter sich erholt hat. Jedenfalls ist die Angabe

einiger Autoren, daß eigentlich alle Mütter, von ganz bestimmten Ausnahmen abgesehen, nähren können, für die tägliche Praxis nicht zutreffend; ich habe manche junge Mutter kennen gelernt, die unglücklich war, ihr Kind nicht stillen zu können, ohne daß es trotz besten Willens seitens Mutter und Arzt durchführbar gewesen wäre. — In 6,24 % der Flaschenkinder wurde die künstliche Ernährung direkt vom Arzt angeraten; nähere Gründe hierfür fand ich nicht verzeichnet.

Bei den unehelichen Müttern, 21 Dienstmädchen, 1 Witwe, war 21mal als Grund angegeben, daß sie möglichst bald wieder in Stellung gehen und daher mit dem Nähren nicht erst anfangen wollten.

Für die künstliche Ernährung wird teils Kuh-, teils Ziegenmilch verwandt, nur 2mal fand ich Schweizermilch angegeben. Die Ziegenhaltung ist im Kreise außerordentlich verbreitet, es wird kaum eine Arbeiter- oder Handwerkerfamilie geben, die nicht über eine bis zwei Ziegen verfügt. Einzelne Hebammen raten bei künstlicher Ernährung direkt zur Ziegenmilch aus dem durchaus vernünftigen Grunde, weil diese sehr viel reinlicher als Kuhmilch gewonnen und somit von vielen Kindern besser vertragen wird. Da Weidegang des Viehs nicht existiert, erhält dieses stellenweise auch den ganzen Sommer hindurch eingedeckte, verfaulte Rübenblätter, ein Futtermittel, das natürlich auf die Beschaffenheit der Milch und das Befinden des Kindes nicht ohne Einfluß bleibt. — Wie überall ferner, so läßt auch unter der hiesigen Bevölkerung die Behandlung der Milch im Haushalt noch viel zu wünschen übrig. Neben sauberer Gewinnung der Milch an der Produktionsstelle ist ja ihre richtige Aufbewahrungs- und Behandlungsart im Hause das Haupterfordernis zur Verhütung der Magen-Darmstörungen. Wann aber wird die Mutter gelernt haben, die Milch im kühlen Raum, wohl zugedeckt, aufzubewahren, Milchreste aus den Saugflaschen sofort zu entfernen, diese nach dem Gebrauch sogleich zu reinigen usw.? Mangel an Verständnis für Ordnung und Sauberkeit ist der Hauptfaktor, der so viele Tausend Flaschenkinder ins frühzeitige Grab sinken heißt; nur die Schule vermag hier, Wandel schaffend, einzugreifen.

Was die soziale Stellung von 137 nicht stillenden Müttern bzw. deren Ehemännern betrifft¹⁾, so gibt hierüber die folgende Tabelle Auskunft:

¹⁾ Es ist hier das ganze Jahr 1907 in Betracht gezogen.

Berufsstand der Mutter bzw. des Ehemannes	1905	1906	1907	Summa
Arbeiter	12	16	23	51
Handwerker, Krämer, kleine Beamte	12	6	22	40
Landwirte	5	5	8	18
Gelehrte Berufe	2 (¹ Arzt ¹ Apoth.)	—	1 (Pastor)	3
Ohne Berufsangabe . . .	3	—	—	3
Unehelich	8	7	7	22

Es sind also auf dem Lande, während in den Städten häufig gerade die wohlhabenderen, sozial höher gestellten Schichten der Bevölkerung einen größeren Prozentsatz an nicht stillenden Müttern liefern, die Arbeiterfamilien, in denen in der überwiegenden Mehrzahl — fast bis zur Hälfte — die Flaschenmütter zu suchen sind.

Betreffs der Todesursachen der Flaschenkinder sind die Angaben der Hebammen natürlich von ziemlich zweifelhaftem Wert und nur mit Vorsicht aufzunehmen. Am bei weitem häufigsten, d. h. in 39,02 %, werden Krämpfe, in etwas geringerer Zahl, 34,14 %, Brechdurchfall, daneben in 9,75 % Schwäche als Todesursache angegeben. Gehirnentzündung, Bauchfell- und Nierenentzündung und Schälblasen betreffen vereinzelte Fälle. — Was das Alter der künstlich genährten Kinder beim Tode anlangt, so starben 25 % derselben vor Vollendung des ersten Lebensmonats, im zweiten, dritten und vierten Monat je 16,66 %, vom fünften bis achten Monat treten die Todesfälle zurück und nehmen erst im neunten und zehnten wieder ein wenig zu (8,34 %). Im elften und zwölften Monat ist kein Todesfall verzeichnet. Auf die einzelnen Monate des Jahres verteilen sich die Todesfälle überhaupt folgendermaßen: es sind von 351 Kindern in der Zeit vom 1. Januar 1905 bis 31. Juli 1908 innerhalb des ersten Lebensjahres gestorben in den Monaten

Januar	25 = 7,13 %	Juli	42 = 11,96 %
Februar	22 = 6,26 %	August	44 = 12,53 %
März	25 = 7,13 %	September	69 = 19,66 %
April	25 = 7,13 %	Oktober	30 = 8,55 %
Mai	8 = 2,28 %	November	11 = 3,13 %
Juni	22 = 6,26 %	Dezember	28 = 7,98 %

Die 40 Todesfälle der Flaschenkinder verteilen sich in folgender Weise auf das Jahr:

Januar	3 = 7,50 %	Juli	7 = 17,50 %
Februar	4 = 10,00 %	August	2 = 5,00 %
März	2 = 5,00 %	September	8 = 20,00 %
April	2 = 5,00 %	Oktober	2 = 5,00 %
Mai	2 = 5,00 %	November	3 = 7,50 %
Juni	3 = 7,50 %	Dezember	2 = 5,00 %

Bemerkenswert erscheint in diesen beiden Zusammenstellungen höchstens, daß der Monat September die größte Zahl der Verstorbenen aufweist; im übrigen sind natürlich aus den kleinen Zahlen m. E. besondere Schlüsse nicht zu ziehen.

Vielleicht ist es noch von einigem Interesse zu hören, was zur Förderung der Säuglingsfürsorge im hiesigen Kreise diesseits geschehen bzw. in Aussicht genommen ist. Um seitens der Hebammen das Interesse der Mütter für das Selbststillen noch mehr zu wecken, ist empfohlen worden, einige Stillprämien — 5 à 10 M. — durch den Kreisausschuß auszusetzen (Bewilligung ist bereits zugesagt), welche denjenigen Hebammen alljährlich zu gewähren sind, in deren Praxis sich, im Verhältnis zur Zahl der Lebendgeborenen, die größte Zahl selbststillender Mütter mit der längsten Gesamtstillungsdauer befindet. Zwecks diesbezüglicher Feststellung und überhaupt im Interesse einer fortlaufenden eingehenden Kenntnis der Ernährungs- und Sterblichkeitsverhältnisse der Säuglinge ist ferner jene Listenführung vorgeschlagen, wie sie in höchst zweckmäßiger Weise im Kreise Westerbürg durch die Hebammen stattfindet. In dem genannten Kreise wird ja „für jede Gemeinde alljährlich eine Nachweisung der sämtlichen neugeborenen Kinder aufgestellt, die außer dem Namen der Eltern und des Kindes die Ernährungsweise, die Dauer der natürlichen und die der gemischten Ernährung, sowie die Todesfälle unter Bezeichnung der Zeit und Ursache angibt“ (Erl. des Min. der geistl. usw. Angelegenheiten). — Um dem Publikum die verschiedene Wertigkeit der natürlichen und künstlichen Ernährung von Zeit zu Zeit zahlenmäßig ad oculos zu demonstrieren, ist weiterhin in Aussicht genommen, alljährlich im Kreisblatt eine kurze Übersicht über die Ernährungs- und Sterblichkeitsverhältnisse der Säuglinge unter besonderer Berücksichtigung der Flaschenkinder nebst einigen erläuternden Worten zu veröffentlichen; gerade hiervon verspreche ich mir eine nicht zu unterschätzende Einwirkung auf alle jungen Mütter zur Förderung des Selbststillens. — Zwecks Herabminderung der Sterblichkeit der

Flaschenkinder ist neben belehrenden Vorträgen über Milchgewinnung in landwirtschaftlichen Vereinen besonders Ermahnung der Mütter zur zweckmäßigen Behandlung der Milch im Haushalt durch Veröffentlichungen im Kreisblatt angestrebt worden, und außerdem werden die Hebammen auf den Vereinsversammlungen und gelegentlich der Nachprüfungen immer wieder darauf hingewiesen, bei künstlicher Ernährung die Aufmerksamkeit der Mütter gerade auf diesen wichtigen Punkt hinzulenken. Die praktische Säuglingsfürsorge unter ländlichen Verhältnissen wird m. E. von keinem Faktor so getragen, wie von dem rechten Verständnis der Hebammen für dieselbe. Diese dauernd für die Frage zu interessieren und zu tätiger Mitarbeit, unter Anerkennung und Belohnung ihrer Dienste, rege zu halten, heißt die Säuglingsfürsorge auf dem Lande ein gut Stück, ja fast bis zur Grenze des Erreichbaren fördern.

Referate.

1. Sitzung Samstag 19. September vormittags.

Nach Begrüßung durch den 1. Einführenden Siegert und den Vorsitzenden Escherich wird Siegert zum Vorsitzenden der 1. Sitzung gewählt.

1. Vortrag: Cronquist, Malmö, bespricht die Pläne eines Säuglingsheims, das die Stadt Malmö in nächster Zeit errichten will, welches jedoch nur für nicht ansteckende Krankheiten dienen soll; letztere sollen in einem Epidemiekrankenhaus untergebracht werden. In dem Vortrag interessiert, daß die gegen Entgelt aufgenommenen Ziehkinder bis zum 7. Lebensjahr überwacht werden sollen. Trotz der relativ geringen Säuglingssterblichkeit geschieht sehr viel sowohl für uneheliche als auch für eheliche Säuglinge durch Säuglingsmilchküchen und durch Überwachung. Cr. erwähnt, daß in Stockholm ein Asyl für hereditärsyphilitische Kinder erbaut ist, wo diese, vollständig gesondert, 3—4 Jahre bleiben können.

2. Vortrag: M. Pfaundler, München, Biologisch-Experimentelles zur Frage der Säuglingsernährung.

Pf. ist im Vorjahre durch Anwendung der Ehrlichschen Lehre auf die Probleme der Säuglingsernährung zur Aufstellung einiger Fragen gelangt, zu deren systematischer Beantwortung die Herren Moro, Kaumheimer, Aschenheim und Nothmann an der Münchener Kinderklinik weiteres experimentelles Material beigebracht haben. Das Referat über diese Untersuchungen gipfelt in Thesen über den unter verschiedensten Bedingungen (Alter, günstige und ungünstige Veranlagung, Ernährung mit roher und inaktiver Milch, Nährschäden) im Blute von Menschen und Tieren, namentlich von Säuglingen angetroffenen Bestand an Haptinen, nämlich an (hämolytisch wirkendem) Komplement, hämolytischen und Nährstoff-Zwischenkörpern.

Von den heuristischen Erwägungen des Vortr. werden hierdurch namentlich folgende berührt:

1. Körper aus der Gruppe der Komplemente wirken beim Vorgange der Zellernährung mit. Ihr individuell wechselnder habitueller Bestand im Blute hat Beziehungen zur wechselnden Anlage hinsichtlich der Zellernährungsfunktion.

2. Natürliche Ernährung hebt — vielleicht durch direkte Übertragung (?) — den hämoralen Komplementbestand.

3. Nährstoffe können unter besonderen (ungünstigen) Bedingungen im Organismus eine antigenartige Wirkung ausüben, d. h. Immunreaktion auslösen und den Säftebestand der Substanzen von Ambozeptorencharakter vermehren.

4. Eine solche Vermehrung hat in der Ontogenese unter physiologischen Bedingungen allmählich, in den alimentär-toxischen Schäden der Säuglinge, sowie in (akuten) Infektionskrankheiten präzipitiert statt.

5. Insofern besteht eine Wesensverwandtschaft zwischen den Infekten und jenen Nährschäden, die in der klinischen Verwandtschaft beider Prozesse Ausdruck findet.

Bauer hält den Komplementgehalt des Blutes bedingt durch den Ernährungszustand des Individuums; Zwischenkörper konnte B. bei Neugeborenen nie finden, desgleichen nicht in der Milch, nur beim Meerschweinchen (mit Anwendung von künstlichem Ambozeptor). Auch ein Ziegenversuch von Nothmann beweist nur, daß das kranke Tier geringeren Komplementgehalt hat als das gesunde.

Escherich bestätigt die Verschiedenheit und den Wechsel der Komplemente des Blutes und hält die vorliegende Frage von allergrößter Bedeutung.

Hohlfeld: Bei vergleichenden Ernährungsversuchen mit roher und gekochter Milch ist ein qualitativer Unterschied zuungunsten des mit gekochter Milch ernährten Tieres zu verzeichnen.

Soltmann fragt, ob die Stabilität des Komplementgehaltes bei Brustkindern im Gegensatz steht zu der Labilität bei künstlich genährten; bezweifelt, daß das starke Steigen des Komplements der Ausdruck der beginnenden Entgiftung ist, glaubt vielmehr, daß es eine Nachwirkung der vorhergehenden länger andauernden Vergiftung ist.

3. Vortrag: J. Ibrahim, München. Neuere Forschungen über die Verdauungsphysiologie des Säuglingsalters. (Referat.)

An der Hand der Literatur und auf Grund zahlreicher eigener Untersuchungen wird der Fermentbestand des menschlichen Säuglings, des Neugeborenen und Fötus geschildert. — An neuen Befunden seien erwähnt: Das Trypsin findet sich im Pankreas des Fötus in Form von Trypsinogen und ist durch Enterokinase aktivierbar. Enterokinase läßt sich beim Neugeborenen und Frühgeborenen aus der Dünndarmschleimhaut extrahieren. — Sekretin findet sich beim Neugeborenen und auch bei Frühgeborenen, doch sind bei letzterem die Befunde wechselnd. Die Sekretinbildung scheint beim menschlichen Neugeborenen und Fötus rückständig zu sein. — Amylolytisches Ferment kann, wenn man die Einwirkungszeit auf die Stärke auf 12 und 24 Stunden verlängert, sowohl in der Parotis wie auch in der Submaxillaris und im Pankreas des Neugeborenen und Frühgeborenen aus den letzten Monaten nachgewiesen werden. Es tritt im Verlauf des Fötallebens in der Parotis erheblich früher auf als in der Submaxillaris und im Pankreas. — Maltase, Laktase und Invertin fehlen in den Speicheldrüsen und in der Magenschleimhaut. — Im Pankreas Neugeborener findet sich mitunter Maltase; Laktase und Invertin ließen sich auch bei älteren Säuglingen nie im Pankreas nachweisen. — Laktase findet sich in der Dünndarmschleimhaut des Neugeborenen, scheint aber erst in den letzten Monaten des Fötallebens aufzutreten, werde bei mehreren lebensfähigen Frühgeborenen vermißt. Maltase ist schon viel früher im Darm des Embryo nachweisbar; Invertin ist eines der ersten Fermente, die sich beim menschlichen Embryo finden. — Ein fettspaltendes Ferment konnte aus der Darmschleimhaut nicht gewonnen werden; dagegen gelang der Nachweis einer Lipase im Mageninhalt und der Magenschleimhaut neugeborener und frühgeborener Kinder. — Auch nach fettfreien oder sehr fettarmen Mahlzeiten enthält der Mageninhalt des Säuglings ein kräftig wirksames fettspaltendes Ferment. — Auch nach fettreichen Milchmahlzeiten ließ sich im Mageninhalt der Säuglinge keine Maltase und kein

Trypsin nachweisen; diese Untersuchungen sind noch nicht abgeschlossen. Es gelang bisher nicht, bei einem einjährigen Kind durch eine Ölmahlzeit von 40–50 g Pankreassaft aus dem Magen zu gewinnen. — Im Darminhalt (Meconium) ließen sich sämtliche erwähnten Fermente auffinden.

4. Vortrag: Dr. H. Cramer, Bonn, Geburtshilfe und Säuglingsfürsorge.

Die moderne Säuglingsfürsorge hat ihre vorbildliche Entwicklung in Frankreich genommen und ist mit dem Namen des Geburtshelfers „Budin“ verknüpft. Bis heute stehen französische Geburtshilfe und Pädiatrie in engster Fühlung. In Deutschland wird die Säuglingsfürsorge fast nur von den Pädiatern gefördert, so daß die Gefahr besteht, daß der Geburtshelfer aus seiner Stellung als erster Berater für die Ernährung des Kindes verdrängt wird. Es ist notwendig, daß die deutsche Geburtshilfe sich ihrer Aufgaben in bezug auf die Säuglingsfürsorge mehr bewußt wird und einen engeren Anschluß an die deutsche Pädiatrie sucht.

Escherich betont, daß bisher die Geburtshelfer den Pädiatern nur Hindernisse in den Weg gelegt hätten; nach seiner Meinung soll das Kind am ersten Tag nach der Geburt dem Pädiater übergeben werden. Gleicher Meinung sind Schloßmann und Pauli.

5. Vortrag: Auemhammer: Über Unterschiede in der natürlichen und künstlichen Ernährung.

6. Vortrag: Schloßmann: Zur Physiologie des respiratorischen Stoffwechsels.

Schl. demonstriert einen von Dr. Carl Oppenheimer, Berlin, erbauten Respirationsapparat, der es ermöglicht, genaue Messungen vorzunehmen; das Kind, an dem die Stoffwechselversuche vorgenommen werden, befindet sich in einem Glaskasten, der in einen mit Wasser gefüllten größeren Behälter untertaucht. Die Wärmeverhältnisse sind auf diese Weise ziemlich konstant; das Kind kann genau von außen beobachtet werden. Die Resultate waren sehr befriedigend.

7. Vortrag: Riesel spricht über Blutbefunde bei Lues hereditaria.

2. Sitzung 19. September nachmittags.

Vorsitzender: Tedeschi Vitale, Padua.

Die Vorträge dieser Sitzung beschäftigten sich mit der örtlichen Tuberkulinreaktion (Schloßmann, Tedeschi Vitale und Moro), mit der Klinik und Anatomie der Säuglingstuberkulose (Engel) und mit der Serologie der Tuberkulose bei Kindern (Bauer).

Moro bespricht seine Tuberkulinsalbenreaktion (Alttuberkulin 5 ccm, Lanol. anhydr. 5 g, als 60%), mit der er ebensoviel positive Resultate hat als Pirquet. Als Nebenbefund beobachtete er einige Male Exantheme, die Morbilli, Scarlatina und hämorrhagischer Purpura ähnlich waren.

Engel erklärt es als auffallend, daß man nie das Anfangsstadium der Tuberkulose beim Säugling findet; wenn sie erst entstanden ist, dann überschwemmt sie explosiv den ganzen Organismus. Bei Kindern, welche Brust bekamen, findet man häufig Meningitistuberkulose, während man bei schlecht genährten Kindern meist die schleichend verlaufende Organotuberkulose findet. Obwohl selten, sind auch beim Säugling Heilungsprozesse der Tuberkulose be-

obachtet worden; die Prognose ist von der Dauer und dem Umfang der Erkrankung abhängig (Knochen, Drüsen usw.). Die Behandlung geschieht nach Engel im frühesten Kindesalter mit Alttuberkulin; die Kinder sind sehr tolerant gegen dasselbe, so daß man sehr schnell von $\frac{1}{10}$ mg auf 1 mg, 1 g, ja auf 20 g (!) steigen kann; besonders tolerant sind die „Drüsenkinder“, weniger die mit Spitzenaffektion. Die eingespritzten Kinder nehmen gut zu, eine Tuberkulinschädigung konnte nie festgestellt werden; protrahierende Reaktionen sind zu vermeiden, da diese deletär werden können. Im Röntgenbild konnte eine Besserung der Caries beobachtet werden, ebenso die Drüsenanschwellungen. Bauer weist darauf hin, daß auch bei nicht injizierten Individuen Antigenkörper vorkamen. In der gemeinsam eingeleiteten Diskussion gibt Escherich, ebenso wie Tedeschi, der Subkutanreaktion den Vorzug vor der Methode von Pirquet und Moro. Knöpfelmacher sagte, daß ein „positiver Pirquet“ nicht das Vorhandensein einer Tuberkulose beweise, sondern nur, daß vielleicht einmal eine Tuberkulose da war oder nur einmal einige Tuberkelbazillen geschluckt wurden. Siegert erklärt, daß bei seinen Versuchen der „Pirquet“ nie versagt habe; wo eine Reaktion nicht eingetreten sei, da habe sich auch bei der Sektion nie eine Tuberkulose nachweisen lassen. Feer hält die Säuglingstuberkulose für gutartiger als man bisher angenommen. Bei aktiven Tuberkulosen fand er die Ophthalmoreaktion positiv; als Nebenfund traten zuweilen Phlyktänen auf.

Soltmann hält es für bedenklich, Injektionen von 20 g zu machen; an der Gewichtskurve zeige sich deutlich ein Gewichtssturz, wenn auch ein Fieberanstieg nicht in die Erscheinung träte; Schloßmann erwidert hierauf, daß er die hohen Dosen für berechtigt halte, denn es sei Besserung eingetreten in Fällen, die man früher immer als verloren gegeben hätte; mit diesen hohen Dosen habe man Kinder monatelang halten können, so, daß eine Erkrankung kaum noch nachgewiesen werden konnte; die Gewichtszunahme sei eine sehr gute geworden.

Am Schluß der Sitzung berichtet Leiner über die Befunde die Spieler und er bezüglich der Ätiologie der Follikulitis erhoben haben; in der Diskussion stimmt Moro nur zum Teil mit ihnen überein.

3. Sitzung. Vorsitzender: Soltmann.

1. Vortrag: Feer weist darauf hin, daß meist Erstgeborene und Brustkinder von Pylorospasmus betroffen werden, er fand in einzelnen Fällen übergroße HCl-mengen. Die beste Nahrung sei die Brust. Im Gegensatz zu Heubner, der große Mahlzeiten in weiten Zwischenräumen empfiehlt habe sich Ibrahim für häufige und kleinere Mahlzeiten ausgesprochen. Tobler fand vergrößerte Mengen Fett, besonders in der Zeit der Rekonvaleszenz, selten war dieses Fett jedoch MilCHFett. Merkwürdigerweise brachte fettfreie, zentrifugierte Frauen- resp. Kuhmilch in einigen Fällen keine Besserung; dagegen war eine solche wohl zu konstatieren bei kleinen abgepumpten Mengen gewöhnlicher Frauenmilch. Nach Feers Ansicht kann also das Fett nicht die Ursache des Spasmus, sondern nur die Folge derselben sein. Ein konstanter Zusammenhang zwischen Fett und freier HCl ist nicht vorhanden. Was die Therapie anbetrifft, so scheint dem Vortragenden eine Magenspülung in vielen Fällen überflüssig zu sein, manchmal sogar schwächend, keine Medikamente.

Dagegen üben Kataplasmen und Kochsalzeinläufe eine gute Wirkung aus. Die Pathogenese ist unbekannt; vermutlich handelt es sich um eine angeborene Hypertrophie des Pylorus und des Magens. Gestützt wird diese Ansicht dadurch, daß mitunter vor dem Tode der Krampf sich löst, daß reichliche Stühle auftreten und daß das Erbrechen aufhört.

2. Vortrag: Bernheim-Harren, Zürich, Über Pylorusstenose im Säuglings- und Kindesalter.

1. In den von B. gesehenen Fällen von Pylorusstenose im Säuglings- und Kindesalter ließ sich sehr häufig noch im 2. und 3. Lebensjahr eine deutliche Insuffizienz der Mortalität mit hoher und zum Teil sehr hoher Hyperacidität nachweisen.

2. In der Mehrzahl der Bestimmungen fanden sich freie HCl, meist auch flüchtige Fettsäuren, zum Teil mit, zum Teil ohne freie HCl.

3. Da trotzdem keine Störungen des Allgemeinbefindens, insbesondere keine Schmerzanfälle beobachtet wurden, so hält es B. für unwahrscheinlich, daß Kramp fzustände bei dieser chronischen Insuffizienz der Motilität des Magens eine Rolle spielen.

4. Die Pylorusstenose infolge kongenitaler Pylorushypertrophie kann monate- und wahrscheinlich jahrelang latent verlaufen.

In der Diskussion zu den Vorträgen Feer und Ibrahim spricht sich Hochsinger für Magenspülungen aus und für lange Pausen zwischen den Mahlzeiten; auch Pfaundler bedient sich der Magenspülungen, aber nicht in dem Sinne einer Ausheberung, sondern weil er in den Spülungen ein erschlaffendes Moment des Krampfes sieht. Ibrahim behandelt mit „großpausigen“ Mahlzeiten und Magenspülungen, warmen und kalten. Nach Falkenheims Ansicht kommt der Pylorospasmus im Osten sehr selten vor; in den wenigen Fällen, die er behandelte, wurden Magenspülungen angewandt. Seitz befürwortet ebenfalls die Spülungen. Engel berichtet über einen operativ durch Jejunumfistel behandelten Fall, der aber 4 Wochen später infolge Peritonitis ad exitum kam. Das Kind wurde durch die Fistel mit Frauenmilch und Wasser ernährt; nach den ersten gut verlaufenen Tagen kam es zu Erbrechen, bis zu 20mal; die erbrochene Flüssigkeit zeigte alle Merkmale des normalen Magensaftes. In sonstigen Fällen werden auch an der Düsseldorfer Klinik Magenspülungen, und zwar mit 1%iger Sodalösung, gemacht. Im Schlußwort weist Bernheim noch einmal darauf hin, daß man auch ohne Magenspülungen gute Erfolge erzielen könne. (Schluß folgt.)

Jacobi, S. Beobachtung an stillenden Frauen. Aus der städtischen Säuglingsfürsorgestelle Nr. V in Berlin. Archiv für Kinderheilkunde 1908, Bd. 48, I. und II. Heft, S. 67.

Verfasser berichtet über seine an der Klientel der Fürsorgestelle gemachten Studien, 1. über die Beziehungen zwischen Laktation und Menstruation und 2. über längerhaltene Stillfähigkeit bei nicht stillenden Müttern.

Ad 1 hat Verf. feststellen können, daß von 180 Frauen in der 26. Woche der Laktation 101 = 51,1% noch amenorrhöisch waren. Bei den früher menstruierten Müttern war eine Veränderung der Milch während der Menses in qualitativer und quantitativer Hinsicht in keinem Falle nachzuweisen.

Ad 2 berichtet Verf. über einen Fall von besonderem Interesse. Es gelang noch 73 Tage post partum die Brust in Gang zu bringen und bei dem bis dahin elenden Kinde einen befriedigenden und andauernden Gewichtsanstieg zu erzielen.

In 3 weiteren Fällen gelang es 11 bzw. 13 bzw. 22 Tage post partum dem Kinde die Brustnahrung zuteil werden zu lassen.

Was die zu beobachtende Technik angeht, empfiehlt Verf., die Mutter selbst mittels eines mit einem Sauger versehenen Schlauches, daran ein gewöhnliches Warzenhütchen angeschlossen wird, in regelmäßigen Intervallen an der Brust saugen zu lassen.

Böhme.

Johannessen, Prof. Dr. Axel. Untersuchungen über den Einfluß der verschiedenen Todesursachen auf die gesamte Säuglingssterblichkeit Norwegens. Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. 17, Heft 5.

Der rühmlichst bekannte Autor untersucht an Hand eines sehr genauen statistischen Materials die Beziehungen zwischen Todesursachen und Säuglingssterblichkeit in Norwegen, das bekanntlich die geringste Säuglingssterblichkeit in Europa aufzuweisen hat. Sehr interessant ist die vergleichende Nebeneinanderstellung der Endergebnisse mit den statistischen Ergebnissen anderer Länder, sowie der Vergleich von Kristiania und Berlin.

Es starben von je 10000 Säuglingen im Durchschnitte der Jahre 1899—1903:

	in Norwegen, Preußen, Italien, Kristiania, Berlin				
I. an Ernährungsstörungen	262	1126	628	460	1024
II. „ angeborener Schwäche	240	396	491	327	512
III. „ Lungenkrankheiten	202	192	313	294	328
IV. „ anderen Krankheiten	181	250	245	239	259

Diese Zahlen zeigen deutlich den wesentlichen Einfluß der Krankheitsgruppe I auf die Gesamtsäuglingssterblichkeit und spreche für sich selber, wenn man in Betracht zieht, daß in Norwegen die meisten Säuglinge gestillt werden.

Böhme.

Pescatore, Dr. M. Pflege und Ernährung des Säuglings. Ein Leitfaden für Pflegerinnen. Zweite, verbesserte Auflage. Berlin, Julius Springer.

Das gute Büchlein liegt in 2. Auflage vor, der ein noch weitergehender Erfolg zu wünschen ist, als es schon der ersten beschieden war. Der Leitfaden ist für den Unterricht von Pflegeschülerinnen ganz ausgezeichnet brauchbar. Er gibt nicht zu viel, hebt das wichtige gut heraus und hat vernünftigerweise darauf verzichtet, anatomische und physiologische Auseinandersetzungen zu geben, die doch nicht verstanden werden. Was in dieser Beziehung gesagt ist, genügt vollkommen.

Der Leitfaden von Pescatore macht die vielen törichten Anleitungen, die uns die Schreibseligkeit beschert, überflüssig, hoffentlich verschwinden sie bald.

Salge.

Zeitschrift für Säuglingsfürsorge

Band 2

1908

Nr. 12

Die Säuglingsstation der Königlichen Charité in den Jahren 1894 bis 1908.

Von

Fritz Rott und Leo Langstein.

Einleitung.

Für den Entschluß, die Resultate, die in den Jahren 1894 bis 1908 auf der Säuglingsstation des Königlichen Charitékrankenhauses erhalten wurden, zusammenzustellen, war nicht der Gesichtspunkt maßgebend, einen Vergleich mit den Ergebnissen anderer Säuglingsanstalten herauszufordern, den an und für sich die Verschiedenartigkeit des Materials verbieten würde. Wir gingen vielmehr an die Arbeit unter der Voraussetzung, daß die kritische Analyse von Erfahrungen, die bei gleichem System in Pflege- und Ernährungsweise während langer Jahre gewonnen sind, sehr wohl zu einem Urteil über dieses und damit auch zu Vorschlägen berechtigt, in welcher Weise die geübten Maßnahmen zu verbessern sind.

Mit der Untersuchung des Einflusses des Krankenhauses allein haben wir uns nicht begnügt. Wohl bewußt, daß nicht der momentane Erfolg, ob der Säugling von der oder jener Krankheit „geheilt“ sei, das für die Beurteilung entscheidende ist, haben wir das Schicksal der entlassenen Kinder der letzten drei Jahrgänge außerhalb des Krankenhauses verfolgt, soweit es die äußeren Umstände nicht unmöglich machten.

Vorliegende Statistik gibt daher nicht nur auf die Frage Auskunft: Was leistete die Behandlung im Krankenhause, sondern, allerdings in beschränktem Umfange, auf die noch wichtigere: was leistete sie für die Resistenz des Kindes nach der Entlassung. Besonderes Interesse verdient diese Feststellung bezüglich jener Kinder, die bei der Entlassung mit gutem Gewissen als „gesund“ bezeichnet werden konnten. Wenn auch bei der für eine Großstadt vom Range Berlins erschwerten Art der Recherchen über das Schicksal der entlassenen Kinder — zum großen Teile mußten

wir uns mit mehr oder weniger lakonisch gehaltenen Antwortpostkarten begnügen — erschöpfende Auskünfte nur zum kleinsten Teile zu erlangen waren, so berechtigt doch die Analyse der erhaltenen zu einer Reihe von Schlüssen und Forderungen, als deren wichtigste wir bezeichnen möchten, jegliche geschlossene Fürsorgeeinrichtung — mag sie kranke oder gesunde Säuglinge betreffen — mit der offenen Fürsorge zu verbinden. Nur wenn der Säugling nach der Entlassung in dauernder, sachgemäßer Beobachtung bleibt, wird sich mit absoluter Evidenz entscheiden lassen, was die geschlossene Fürsorge zu leisten vermag. Das ist die dritte Forderung, die wir den beiden bereits seit langem allgemein anerkannten, selbstverständlich auch in unserer Anstalt erfüllten, angliedern müssen: neben der Möglichkeit der Ernährung mit Frauenmilch und einwandsfreier Asepsis der Pflege muß die Möglichkeit geboten werden, den aus der Anstalt entlassenen Säugling dauernd unter Aufsicht zu stellen.

So wird es gelingen — selbstverständlich immer unter der Voraussetzung, daß der Leiter der Anstalt seine Aufgabe erfüllt — zu einem sicheren Ergebnis bezüglich der Leistungsfähigkeit der geschlossenen Fürsorge zu gelangen, die trotz der stetig wachsenden Bewegung zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit leider immer noch von Staat und Kommunen vernachlässigt wird, im Gegensatz zu den Einrichtungen der offenen Fürsorge, die reichlicher emporschießen, wohl aber zum Teil darunter leiden, daß der Mangel gegenseitiger Föhlung und organischer Abhängigkeit nutzbringende Verwertung erschwert.

Allgemeines Ergebnis.

Vorliegende Zusammenstellung erstreckt sich zurück bis zu den Jahrgängen 1894/95 und 1895/96, von denen Heubner¹⁾ noch eine ca. 70% betragende Sterblichkeitsziffer mitteilt. Es war die Zeit, in der das Gespenst des „Hospitalismus“ noch unbarmherzig seine Opfer forderte, und für deren Wertung die Finkelsteinsche²⁾ Anschauung zu Recht bestand, daß die Überführung des Säuglings in Anstaltspflege gleichbedeutend sei mit einer ernsten Trübung

¹⁾ Heubner, Säuglingsernährung und Säuglingsspitäler. Berlin 1897.

²⁾ Finkelstein, Über Morbidität und Mortalität in Säuglingsspitälern und deren Ursachen. Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankheiten 1898, 28.

der Prognose für sein weiteres Gedeihen und für sein Leben. Von dieser Periode datiert aber auch das Beginnen, durch Verbesserung der Asepsis der Pflege und Ernährung den Kampf gegen die hohe Mortalität aufzunehmen. Der Erfolg war ein stetiger Rückgang der Sterblichkeitsziffer, der bis zum heutigen Tage mit einer vorübergehenden Steigerung in den Jahren 1901—04 angehalten hat.

Tabelle I.

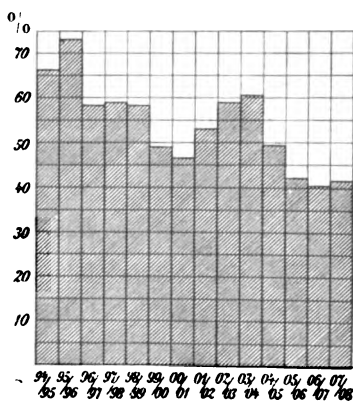
a.

Jahrgang	Zahl der Aufnahmen	Zahl der Entlassenen	Zahl der Gestorbenen	Mortalität in %
1894/95	312	101	211	67,7
1895/96	292	78	214	73,6
1896/97	345	143	202	58,5
1897/98	332	137	195	58,7
1898/99	267	111	156	58,5
1899/1900	283	142	141	49,8
1900/01	224	119	105	46,6
1901/02	190	89	101	53,2
1902/03	174	70	104	59,8
1903/04	171	68	103	60,2
1904/05	166	84	82	49,4
1905/06	176	101	75	42,6
1906/07	135	80	55	40,7
1907/08	136	80	56	41,2

Beim Vergleich der Zahlen der Tabelle I imponiert das Sinken der Mortalitätsziffer von 73,6 % im Jahrgange 1895/96 auf 58,5 % im Jahrgange 1896/97; innerhalb eines Jahres ein Rückgang von 15 %. Die Erklärung dafür ist von Heubner und Finkelstein in eingehender Weise gegeben worden: Der Rückgang der Mortalität fällt chronologisch mit der Verbesserung der hygienischen Verhältnisse der Säuglingsstation zusammen. Nicht lediglich Ver-

b.

Mortalität.



besserung der Ernährungsweise oder veränderte therapeutische Maßnahmen waren die Veranlassung zu besseren Resultaten, sondern die Hebung der Hygiene, die ihren Ausdruck im Wechsel und Verbesserung der Räumlichkeiten, Vermehrung des Personals und der dadurch gewährleisteten sorgfältigeren Durchführung der Asepsis bei Pflege und Ernährung fanden.

Den unmittelbaren Kontakt der Säuglinge untereinander zu verhindern, und den von seiner Krankheit geheilten Säugling dadurch vor Neuinfektion zu schützen, war die Hauptaufgabe jener Zeit. Tatsächlich wurde nicht nur die Möglichkeit geschaffen, einen kranken Säugling im Krankenhause zu heilen, sondern ihn auch zur gedeihlichen Weiterentwicklung zu bringen. Auf dieser Grundlage konnte in zunehmender Erkenntnis der Physiologie und Pathologie des Säuglings weitergebaut werden.

Im Jahrgang 1900/01 wurde die zweite Forderung erfüllt durch die Anstellung dreier Ammen; die Zahl ist inzwischen auf 5 erhöht worden, so daß jederzeit für jedes Kind wenigstens teilweise Ammenmilch zur Verfügung steht.

Trotzdem brachten die Jahre 1901—04 eine Erhöhung der Mortalitätsziffern. Salge¹⁾ erklärte diese Erscheinung damit, daß während dieser Jahre die Station zur Überbelegung mit Fällen genötigt war, deren Zustand einen therapeutischen Erfolg von vornherein ausschloß. Diese Tatsache mußte auf das Allgemeinergebnis der Statistik einwirken.

Erst die letzten drei Jahrgänge brachten eine Mortalitätsziffer, die sich nur wenig über 40% erhöht.

Wir betrachten als erste Aufgabe der folgenden Ausführungen zu untersuchen, auf welche Gründe das Sinken der Mortalität zurückzuführen ist.

Zwei Fragen bedürfen zu diesem Zwecke kritischer Beantwortung: 1. Hat sich das Material qualitativ verändert? 2. Sind ev. Fortschritte in der Therapie die Gründe der Besserung?

Das Krankenmaterial.

Um die Leistungsfähigkeit der Anstalt richtig beurteilen zu können, wäre eine erschöpfende Charakterisierung des zur Auf-

¹⁾ Salge, Bericht über die Säuglingsstation der Königlichen Charité in den Jahren 1902—04. Charité-Annalen, Jahrgang 29.

nahme gelangten Krankenmaterials notwendig. Für den in diesem Abschnitt der Statistik angestrebten Zweck beschränken wir uns auf die Analyse folgender Faktoren:

1. Alter der Kinder bei der Aufnahme. 2. Körpergewicht.
3. Anzahl der moribund eingelieferten und therapeutisch unbeeinflussbaren Säuglinge.

Über den ersten Punkt gibt die Tabelle II Aufschluß. Die Zahlen sind teilweise den früheren statistischen Angaben über die Säuglingsstation von Finkelstein¹⁾ und Salge²⁾ entnommen, teilweise durch Um- und Nachrechnung zum Zwecke des Vergleichs mit den letzten drei Jahrgängen gewonnen worden. Wegen vorhandener Lücken im Material konnten nicht alle Jahrgänge zusammengestellt werden.

Beim Vergleich der Zahlen der Tabelle II (s. auch Tabelle I) fällt zunächst die im Laufe der Jahre geringer gewordene absolute Zahl der Aufnahmen auf. Der höchsten Aufnahmезiffer von 345 im Jahrgange 1896/97 steht die geringste von 135 des Jahrgangs 1906/07 gegenüber. Dabei bestand die Station bis zum Jahre 1900 aus 16 Betten und einer Couveuse, von da ab nur noch aus 13 Betten und einer Couveuse, da drei Betten mit den Kindern der eingestellten Ammen belegt wurden und daher für die Krankenstation ausfielen.

Mit diesem Umstande ist jedoch der starke Rückgang der Aufnahmезiffern nicht erklärt. Der Grund ist vielmehr in der von Jahr zu Jahr länger ausgedehnten Aufenthaltsdauer, insbesondere der ernährungsgestörten Säuglinge gegeben. Sie ist eine Folge der Erkenntnis, daß die Reparation des Säuglings um so vollständiger ist, je länger er rationellen Prinzipien der Säuglingsernährung unterworfen war. Über die veränderte Verweildauer gibt Tabelle V Aufschluß, bei deren Besprechung auf diese Frage nochmals näher eingegangen wird.

Da erfahrungsgemäß die Säuglinge im ersten Lebensquartal besonders gefährdet sind, und ihre Anzahl infolgedessen geeignet ist, die Mortalitätsziffer ungünstig zu beeinflussen, wurden die

¹⁾ Finkelstein, Bericht über die Säuglingsabteilung vom 1. April 1898 bis 31. März 1899. Charité-Annalen 1899. 24. Jahrgang.

²⁾ Salge, Bericht über die Säuglingsabteilung der Königlichen Charité vom 1. April 1899 bis 31. März 1901. Charité-Annalen, 26. Jahrgang.

Tabelle II.
a. Alter der Säuglinge.

Jahrgang	Gesamt- auf- nahmen	Altersklasse A : 1—3 Monate					Altersklasse B: 4—12 Monate				
		Aufnahmen		Gestorben			Aufnahmen		Gestorben		
		Anzahl	% aller Auf- nahmen	Anzahl	% der Alters- klasse	% aller Ge- storbenen	Anzahl	% aller Auf- nahmen	Anzahl	% der Alters- klasse	% aller Ge- storbenen
1895/96	292	201	68,8	168	83,5	78,4	91	31,2	46	50,9	21,6
1896/97	345	238	68,9	146	61,3	72,3	107	31,1	56	52,3	27,7
1898/99	267	163	61,0	107	60,6	68,5	104	39,0	49	47,1	31,5
1901/02	190	126	66,1	69	54,8	68,3	64	33,9	32	50,0	31,7
1902/03	174	102	58,5	68	66,6	65,4	72	41,5	36	50,0	34,6
1903/04	171	101	59,0	67	66,3	65,0	70	41,0	36	51,4	35,0
1905/06	176	110	63,6	54	49,1	73,3	66	36,4	22	33,3	26,7
1906/07	135	87	64,4	40	46,0	72,7	48	35,6	15	31,3	27,3
1907/08	136	78	57,4	38	48,7	67,9	58	42,6	18	31,0	32,1

Altersklassen 1—3 Monate (A) und 4—12 Monate (B) tabellarisch gesondert zusammengestellt.

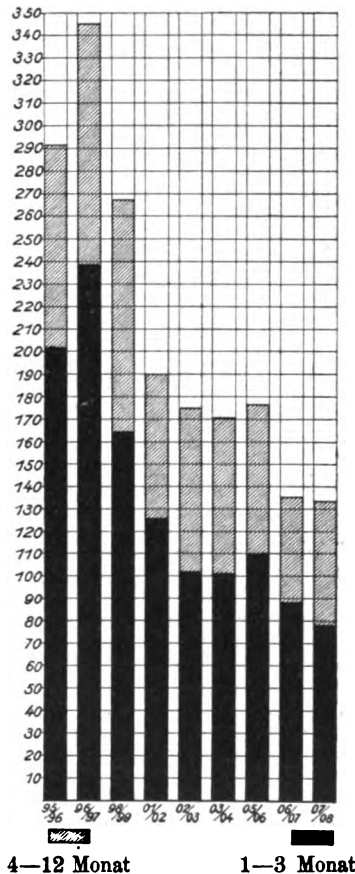
Aus Tabelle II geht hervor, daß 60—70 % aller Aufnahmen der Altersklasse A angehörten; mit Ausnahme der Jahrgänge 1905/06 und 1906/07 ist ein Rückgang von 68,8 % auf 57,4 %, also um ca. 10 % zu bemerken.

Der Vergleich der Mortalitätskoeffizienten der Altersklasse A ergibt folgende Resultate: Im Jahrgang 1895/96 betrug die Mortalität noch 83,5 %, um im nächsten Jahrgange konform mit dem Rückgang der Allgemeinmortalität (von 73,6 % auf 58,5 %) einen Sprung auf 61,3 % zu machen; dann folgte ein stetiger Rückgang bis auf 48,7 %. Eine vorübergehende Steigerung der abwärts verlaufenden Kurve ist in den Jahrgängen 1902/03 und 1903/04 zu bemerken, die ihren Reflex wieder in der Steigerung der allgemeinen Mortalitätsziffer dieser beiden Jahrgänge findet.

Man wird daher wohl kaum fehl gehen, wenn man der Mortalität der Altersklasse A einen ganz besonderen Einfluß auf das Verhalten der Gesamtsterblichkeit zumißt. Diese Altersklasse beherrscht gewissermaßen mit ihrer Morbidität und Mortalität das ganze Ergebnis. Wird die Sterblichkeit dieser Altersklasse vermindert, so vermindert sich im fast entsprechenden Prozentsatz die Allgemeinsterblichkeit. Fast $\frac{2}{3}$ aller Todesfälle fallen der Altersklasse A zur Last.

Auch die Mortalitätsziffer der Altersklasse B (4—12 Monate) ist seit 1895/96 zurückgegangen, sogar in noch stärkerem Maße wie die der Altersklasse A. Während im Jahrgang 1895/96 noch

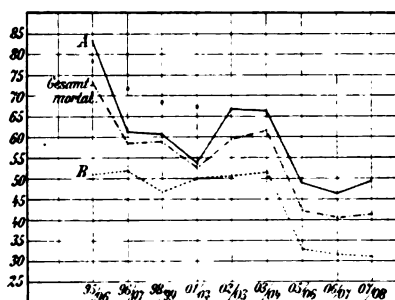
b.



über 50 % der Säuglinge im Alter von 4—12 Monaten starben, ist der Prozentsatz in den letzten drei Jahrgängen nicht viel über 30 % gestiegen.

Natürlich ist auch dieser Faktor nicht ohne Einfluß auf den Rückgang der Gesamtsterblichkeit; wenn wir aber die Sterblichkeit

Tabelle IIc.



der Altersklasse A und B mit der allgemeinen Sterblichkeit (in Kurven dargestellt, Tabelle IIc) vergleichen, so wird offensichtlich, daß die Kurve der Gesamtsterblichkeit mit der Mortalitätskurve der Altersklasse A einen bei weitem stärker ausgesprochenen Parallelismus zeigt als mit der der Altersklasse B.

Der Zustand der aufgenommenen Säuglinge.

Ein guter, für die Statistik verwertbarer Maßstab des Zustandes des aufgenommenen Säuglingsmaterials ist das Körpergewicht. Fast alle Säuglinge, die zur Aufnahme ins Krankenhaus gelangten, zeigten mehr oder minder große Differenzen im Vergleich zum Durchschnittsgewicht. Der großen Zahl der Säuglinge, die geschädigt durch irrationelle Ernährung, überstandene akute mehr oder minder oft rezidierte Ernährungsstörungen und Infektionen mit ganz wesentlich reduziertem Körpergewicht zur Aufnahme kommen, steht eine beträchtliche Minorität derjenigen gegenüber, die — es handelt sich meist um exsudative Kinder — das Normalgewicht überschritten haben¹⁾.

Nur ein ganz geringer Prozentsatz der Säuglinge (ca. 6—10%) kann als annähernd normalgewichtig bezeichnet werden. Die Tabellen IIIa u. b erläutern das Gesagte.

Schon die Säuglinge im ersten Lebensmonat präsentieren sich mit einem Körpergewicht, das gegenüber dem normalen um ca. 1 kg zurückbleibt. Der Vergleich der letzten drei Jahrgänge mit

¹⁾ Dabei muß noch in Rechnung gezogen werden, daß gerade diese Kinder meist mit einer schweren Affektion des Respirationstraktes in die Klinik aufgenommen wurden und auf Grund ihrer lymphatischen Konstitution eher eine schlechte als gute Prognose boten.

Tabelle IIIa.

	1895/96	1896/97	1901/02	1902/03	1903/04	1905/06	1906/07	1907/08
I. Monat								
Höchstgewicht . .	4100	4350	—	—	—	4750	4000	3900
Minimalgewicht . .	1100	990	—	—	—	1300	1080	900
Mittleres Gewicht .	2601	2484	2790	2755	2605	2620	2574	2277
Normalgewicht . .	3625	3625	3625	3625	3625	3625	3625	3625
Differenz	— 1024	— 1141	— 835	— 870	— 1020	— 1005	— 1051	— 1348
II. Monat								
Höchstgewicht . .	4530	4630	—	—	—	4730	4400	4330
Minimalgewicht . .	1750	1870	—	—	—	2150	1650	2150
Mittleres Gewicht .	2803	3136	3076	3164	2905	3092	3025	3372
Normalgewicht . .	4350	4350	4350	4350	4350	4350	4350	4350
Differenz	— 1447	— 1214	— 1274	— 1186	— 1445	— 1258	— 1325	— 978
III. Monat								
Höchstgewicht . .	5100	4750	—	—	—	4800	4270	5860
Minimalgewicht . .	2500	1850	—	—	—	2700	2330	2205
Mittleres Gewicht .	3371	3176	3245	3360	3380	3609	3580	3183
Normalgewicht . .	5025	5025	5025	5025	5025	5025	5025	5025
Differenz	— 1654	— 1849	— 1780	— 1665	— 1645	— 1416	— 1445	— 1842
I.—III. Monat								
Annähernd Normale:	14 = 6,9%	15 = 6,3%	—	—	—	6 = 6,9%	6 = 10,9%	4 = 6,0%

Tabelle IIIb.

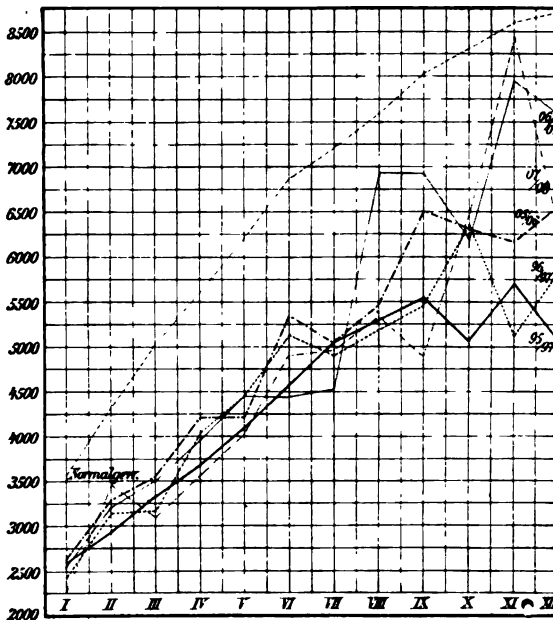
		1895/96	1896/97	1905/06	1906/07	1907/08
IV. Monat	Höchstgewicht	5300	5500	5600	4925	4825
	Minimalgewicht	2850	2460	2900	2650	2490
	Mittleres Gew.	3821	4051	3994	3910	3551
	Normalgewicht	5650	5650	5650	5650	5650
	Differenz	— 1829	— 1599	— 1656	— 1740	— 2099
V. Monat	Höchstgewicht	6600	5660	5420	5750	6530
	Minimalgewicht	2200	2580	2500	3375	2560
	Mittleres Gew.	4116	4427	3989	4439	4039
	Normalgewicht	6225	6225	6225	6225	6225
	Differenz	— 2119	— 1798	— 2236	— 1786	— 2186
VI. Monat	Höchstgewicht	5500	6390	9350	4600	6375
	Minimalgewicht	3780	3310	2750	3770	3340
	Mittleres Gew.	4648	5126	5318	4432	4779
	Normalgewicht	6750	6750	6750	6750	6750
	Differenz	— 2102	— 1624	— 1432	— 2318	— 1971
VII. Monat	Höchstgewicht	6100	6310	5620	7050	6725
	Minimalgewicht	4840	3000	4200	3250	3720
	Mittleres Gew.	5093	4778	5062	4502	4917
	Normalgewicht	7225	7225	7225	7225	7225
	Differenz	— 2132	— 2447	— 2163	— 2723	— 2308
VIII. Monat	Höchstgewicht	7200	6690	6300	7000	7400
	Minimalgewicht	4100	3310	4750	6758	4625
	Mittleres Gew.	5268	5185	5383	6879	5602
	Normalgewicht	7650	7650	7650	7650	7650
	Differenz	— 2382	— 2465	— 2267	— 771	— 2038
IX. Monat	Höchstgewicht	6700	8000	7520	—	7100
	Minimalgewicht	4435	3950	4800	—	2250
	Mittleres Gew.	5567	5409	6508	4850	4756
	Normalgewicht	8025	8025	8025	8025	8025
	Differenz	— 2485	— 2616	— 1517	— 3175	— 3269
X. Monat	Höchstgewicht	6300	6740	—	6250	7300
	Minimalgewicht	4020	5830	—	6155	5540
	Mittleres Gew.	5155	6331	—	6202	6420
	Normalgewicht	8350	8350	—	8350	8350
	Differenz	— 3195	— 2019	—	— 2148	— 1930
XI. Monat	Höchstgewicht	8200	7000	7050	8620	9735
	Minimalgewicht	4440	4320	4550	7100	7450
	Mittleres Gew.	5701	5241	6188	7860	8361
	Normalgewicht	8625	8625	8625	8625	8625
	Differenz	— 2924	— 3384	— 2437	— 765	— 264
XII. Monat	Höchstgewicht	6350	6580	7600	7650	7120
	Minimalgewicht	3960	4055	4550	7540	5530
	Mittleres Gew.	5155	5701	6520	7595	6325
	Normalgewicht	8825	8825	8825	8825	8825
	Differenz	— 3670	— 3124	— 2305	— 1230	— 2500
IV. bis XII. Monat	Annähernd Normale:	7 = 7,7% ₀	13 = 10,8% ₀	7 = 12,5% ₀	3 = 7,1% ₀	4 = 8,5% ₀

früheren (1895/96 und 1896/97) zeigt in diesem Punkte keine Besserung; im Gegenteil bietet der letzte Jahrgang besonders ungünstige Gewichtsverhältnisse; die Durchschnittsdifferenz übersteigt 1 kg noch um 350 g. Diese Erscheinung findet ihre Erklärung in dem Umstande, daß besonders in diesem Jahrgang Frühgeburten mit sehr niedrigem Initialgewicht zur Aufnahme gelangten. Auch das beobachtete Höchstgewicht von 3900 g liegt um mehrere 100 g hinter dem in den vorhergehenden Jahrgängen beobachteten Gewicht zurück.

Ähnliche Verhältnisse finden wir bei den Säuglingen des 2. und 3. Monats. Die durchschnittliche, mit Ausnahme des letzten Jahrganges fast gleichmäßig für alle bestehende Differenz gegenüber dem entsprechenden Normalgewicht ist hier auf 1,2 kg bzw. 1,6 kg gestiegen.

Unter stetiger Vergrößerung der Differenz verlaufen von da ab die Gewichtskurven aller Jahrgänge bis zum 7. Monat, deren Differenz bereits 2 kg vom Normalgewicht beträgt. Von diesem Monat an zerstreuen sich die Kurven (Tabelle III c); während die

Tabelle III c.



Kurven der Jahrgänge 1895/96 und 1896/97 ziemlich konstant weiter verlaufen und Ende des ersten Lebensjahres im Durchschnitt um 3 kg vom normalen differieren, zeigen die Kurven der letzten 3 Jahrgänge Schwankungen, die für einige Monatsklassen fast die Norm erreichen, zum Schluß aber im 12. Monat mit einer Abweichung von ca. 2 kg von der Normalkurve endigen.

Es wäre falsch, hieraus den Schluß zu ziehen, daß die in den letzten Jahren zur Aufnahme gelangten älteren Säuglinge sich im besseren Zustande als früher präsentiert hätten, denn es darf nicht vergessen werden, daß die Zahl der älteren Säuglinge nur eine geringe ist und auf das Allgemeinresultat wenig Einwirkung hat. Außerdem kamen die älteren Säuglinge weniger wegen einer mehr oder minder schweren akuten resp. chronischen Ernährungsstörung zur Aufnahme; vielmehr sind es hier die Erkrankungen der Respirationsorgane, die oftmals in recht bedenklicher Schwere das Hauptkontingent bildeten.

Schließlich darf nicht übersehen werden, daß beim künstlich genährten Kind der Verlauf der Körpergewichtskurve für die Beurteilung des Zustandes und der Prognose durchaus nicht ausreicht, so bedeutungsvoll auch ihre Wertung für eine Statistik ist. Z. B. ist ein Material, das im wesentlichen aus Atrophien mit Gewichtsreduktionen besteht, bei der zur Verfügung stehenden Frauenmilch therapeutisch dankbarer als ein solches, das sich vorwiegend aus schweren Enterokatarren rekrutiert.

Die Lebensaussichten der aufgenommenen Säuglinge.

Ein Teil der Säuglinge kommt, wie schon einmal erwähnt wurde, in einem Zustande zur Aufnahme, der sie die ersten 24 Stunden nicht überleben läßt. Ein zweiter Teil kommt in einem nicht ganz so schweren Zustande, ist aber so sehr geschädigt, daß er trotz sorgsamster Pflege und Behandlung nicht am Leben erhalten werden kann, vielmehr innerhalb der ersten Woche nach der Aufnahme zum Exitus kommt. Zumeist handelt es sich um schwere akute, seltener chronische Ernährungsstörungen, Erkrankungen des Respirationstraktus und besonders auch Nabelinfektionen, die in einem hoffnungslosen Zustand hereinkommen. Aus der Betrachtung der Zahlen der Tabelle IV geht hervor, daß der Aufnahmeprozentsatz der moribunden Säuglinge während der einzelnen Jahrgänge ziemlich starken Schwankungen unterworfen war.

Während im Jahrgang 1895/96 nur 3,1% der Aufnahmen im sterbenden Zustande eingeliefert wurden, hatten die Jahrgänge 1906/07 und 1905/06 mit 8,1% bzw. 10,8%, also mit einer ca. 3 mal so großen Anzahl moribunder Säuglinge zu rechnen.

Das Hauptkontingent der sterbend eingelieferten Säuglinge bilden die an schweren akuten Ernährungsstörungen erkrankten; das Schwanken ihrer Zahl zeigte während der einzelnen Jahrgänge deutlich den Einfluß eines mehr oder minder heißen Sommers.

In gleichmäßiger Weise trägt zur Gesamtsterblichkeit jene Gruppe von Säuglingen bei, die in der ersten Woche nach der

Tabelle IV.

Jahrgang	Zahl der Gesamtaufnahmen	Davon moribund eingeliefert		Es starben insgesamt in den ersten 7 Tagen nach der Aufnahme		Gesamt-mortalität des Jahrganges		Daran beteiligten sich die		Die Gesamt-mortalität des Jahrganges würde sich belaufen ohne die	
		Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Mori-bunden mit %	Toten der ersten 7 Tage mit %	Mori-bund. auf %	Toten der 1. Wo. auf %
1895/96	292	9	3,1	102	34,9	214	73,6	4,2	47,6	72,4	58,9
1896/97	345	16	4,6	120	34,8	202	58,5	7,9	59,4	56,5	36,4
1898/99	267	17	6,4	80	29,9	156	58,5	10,9	51,3	55,6	40,6
1901/02	190	—	—	60	30,2	101	53,2	—	59,4	—	31,5
1902/03	174	—	—	56	32,2	104	59,8	—	53,4	—	40,7
1903/04	171	—	—	48	28,1	103	60,2	—	46,6	—	44,7
1905/06	176	19	10,8	54	36,8	75	42,6	25,3	72,0	35,7	17,2
1906/07	135	11	8,1	42	31,1	55	40,7	20,0	76,4	35,5	13,9
1907/08	136	6	4,4	35	33,1	56	41,2	10,7	80,1	38,5	12,1

Aufnahme ihrer Krankheit erlagen. Ihr Prozentsatz schwankt zwischen 28,1% und 34,9%, also in verhältnismäßig geringen Grenzen, so daß man sagen kann: Während sämtlicher Jahre wurde ungefähr $\frac{1}{3}$ aller Säuglinge in einem Zustand in die Station eingeliefert, der eine Erhaltung des Lebens ausschloß. Mit dieser Quote wird — soweit ein Schluß statthaft ist — wohl auch in künftigen Jahren zu rechnen sein, so daß ein Herabsinken der Gesamtsterblichkeit unter 30% wohl erst dann zu erwarten ist, wenn die fortschreitende Erkenntnis der Pathologie des Säuglings auch die Therapie erfolgreicher gestaltet haben wird.

Bemerkenswert sind die Ergebnisse der Mortalitätsziffern, wenn die Zahl der sterbend eingelieferten und der in der ersten Woche verstorbenen Säuglinge nicht in Rechnung gezogen wird.

Abweisung der moribund eingelieferten Kinder wäre gleichbedeutend gewesen mit einem Sinken der Mortalitätsziffer um 1—6% (s. Tabelle IV).

Die Toten der ersten Woche betragen bis zum Jahrgang 1903/04 ca. 50% der Gesamtsterblichkeit, in den letzten drei Jahren stellen sie einen Anteil von ca. 75% dar. Zieht man sie in die Berechnung nicht ein, so ergibt sich das Resultat einer 17,2%, 13,9% und 12,1% betragenden Sterblichkeit.

Aus diesen Zahlen geht unmittelbar hervor, daß eine Wendung zum Besseren eingetreten ist. Sie kommt jener Gruppe von Säuglingen zugute, die eine Woche lang der gesetzten Schädigung widerstanden. Die Mortalität der dann Überlebenden zeigt niedrige Werte.

Der Einfluß des Krankenhauses.

Eine besonders wichtige, in den folgenden Ausführungen zur Erörterung gelangende Frage, ist die nach dem Einfluß des Krankenhauses auf den Zustand der Säuglinge. Ist eine ungünstige Beeinflussung ausgeschlossen? Kann man jetzt noch von „Hospitalismus“, also von einer Schädigung infolge Säuglingsanhäufung, reden?

Daß es eine solche Schädigung überhaupt gibt, ist nach den trüben Erfahrungen und trostlosen Mortalitätsziffern früherer Zeiten auf Grund der Studien und Ausführungen Heubners, Finkelsteins u. a. außer Zweifel zu setzen. Die Zeiten mit den hohen Sterblichkeitsziffern sind ja vorüber; immerhin bleibt die Frage wohl diskutierbar, ob nicht auch heute noch Schädigungen der Säuglinge im Krankenhaus im Sinne des Spitalsmarasmus vorkommen.

Ihre Beantwortung ist zu erhoffen von exakten Untersuchungen über den Einfluß der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus auf den Zustand der Säuglinge und die Chancen vollständiger Reparation.

Was für einen Beitrag liefert vorliegende Statistik?

Betrachten wir zunächst die Zahlen der Tabelle V, die über die zur Verfügung gewesenen Pfl egetage und deren Ausnützung Auskunft gibt.

Tabelle V.

Jahrgang	Aufnahmen	Entlassen	Gestorben	Bettenzahl	Zahl der zur Verfügung gewesenen Pflēgetage	Durchschnittlich für jeden Säugling	Tatsächliche Ausnutzung der Pflēgetage	Davon entfielen auf die Entlassenen	Durchschnittlich hielt sich das entlassene Kind auf	Es entfielen auf die Gestorbenen Pflēgetage	Durchschnittlich starb ein Kind nach	Die in der ersten Woche Gestor- benen nahmen in Anspruch Pflēgetage	Durchschnittlich jedes dieser Kinder	Die nach 7 Tagen Gestorbenen nahmen in Anspruch Pflēgetage	Durchschnittlich jedes dieser Kinder
1895/96	292	78	214	11	4015	13,7	—	—	24,8	—	15,9	—	—	—	—
1896/97	345	143	202	16	5840	16,9	—	—	25,5	—	20,5	—	—	—	—
1898/99	267	111	156	16	5840	21,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1899/1900	283	142	141	16	5840	20,6	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1900/01	224	119	105	13	4745	21,1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1901/02	190	89	101	13	4745	24,9	5356	4161	46,7	1195	11,8	210	3,5	985	24,0
1902/03	174	70	104	13	4745	27,2	5028	3225	46,0	1803	17,5	160	2,8	1643	34,2
1903/04	171	68	103	13	4745	27,6	4812	3246	47,7	1566	15,2	126	2,6	1440	26,1
1905/06	176	101	75	13	4745	26,9	5531	4178	41,3	1353	18,0	116	2,1	1237	58,9
1906/07	135	80	55	13	4745	35,1	4243	3678	46,0	565	11,0	91	2,1	474	36,4
1907/08	136	80	56	13	4745	34,8	4818	4277	60,2	541	9,0	101	2,2	440	44,0

Die Säuglingsstation verfügte 1895—96 über 11 Betten, 1896 bis 1900 über 16 Betten, 1900—1908 über 13 Betten, wobei auf die Ammenkinder keine Rücksicht genommen ist. Es standen also 11×365 bzw. 16×365 bzw. 13×365 Pflage tage im Jahre zur Verfügung. Die Zahlen sind zu niedrig gegriffen, weil wegen der geringen Bettenzahl ein Überbelegen und Mitbenutzung von Körben, Wagen usw. oftmals unvermeidlich war, während das Leerstehen eines Bettes für längere Zeit zu den Seltenheiten gehörte.

Aus Tabelle V ist zu ersehen, daß die tatsächliche Anzahl der Pflage tage der Jahrgänge 1901—04 und 1905—08 die eigentlich zur Verfügung stehende bei weitem übertrifft. Für die vorhergehenden Jahrgänge konnte mangels Angaben über diesen Punkt in früheren Statistiken die Gesamtzahl der Pflage tage jedes Jahrganges nicht angegeben werden.

Für alle Jahrgänge stand außerdem eine Couveuse zur Verfügung, deren Benutzung wegen des unregelmäßigen Belegtseins und Leerstehens nicht in Rechnung gezogen wurde, die aber selbstverständlich die erhöhte Zahl der Pflage tage mit erklärt.

Aus der Tabelle geht hervor, daß die Verweildauer der Kinder auf der Station sich gegen früher bedeutend verlängert hat. Damit erklärt sich die stetig abnehmende Aufnahmeziffer. Während bei einem Bestand von 11 Betten und einer Couveuse im Jahre 1895/96 292 Säuglinge zur Aufnahme gelangten, sind im letzten Jahrgange 136 bei einer Zahl von 13 Betten und einer Couveuse aufgenommen worden, d. h. die Zahl der Aufnahmen verhält sich im letzten Jahrgange zu der in den früheren wie 1 : 2,5.

Dem einzelnen Kinde stand demnach zuletzt eine 2,5 mal so lange Aufenthaltszeit zur Verfügung. Der Vergleich der Jahrgänge 1901—04 und 1905—08 — die anderen heranzuziehen war wegen der fehlenden Daten unmöglich — ergibt, daß die Säuglinge, die das Krankenhaus verlassen haben, in den genannten Jahrgängen, mit Ausnahme des letzten ca. 46 Tage auf der Station verweilten, im Gegensatz zu den Jahrgängen 1895—97, in denen sich das entlassene Kind durchschnittlich 25 Tage aufhielt. Im letzten Jahrgange ist die Aufenthaltsdauer des zur Entlassung gelangten Kindes sogar auf 60 Tage gestiegen.

Die Berechnung der Verweildauer der gestorbenen Kinder gibt stark schwankende Werte. Der Höchstziffer von durchschnitt-

lich 20,5 Tagen im Jahre 1896/97 steht die niedrigste von 9,6 des Jahrganges 1907/08 gegenüber.

Kinder, die in den letzten drei Jahrgängen in der ersten Woche nach der Aufnahme zum Exitus kamen, lagen durchschnittlich zwei Tage auf der Station, kürzere Zeit als in den anderen drei Jahrgängen, in denen der Tod dieser Kinder nach 2,5 bis 3 Tagen eintrat.

Einen größeren Unterschied zeigt die Verweildauer bei den nach der ersten Woche gestorbenen Säuglingen; während sie in den ersten drei Jahrgängen nach durchschnittlich 28 Tagen starben, beträgt dieser Zeitraum in dem letzten Triennium 46,5 Tage, also fast noch einmal soviel.

Beeinflussung der Gewichtsverhältnisse.

Auf die Frage der Beeinflussung der Gewichtsverhältnisse durch den Aufenthalt auf der Station gibt Tabelle VI Aufschluß.

Tabelle VI.

Jahrgang	Zahl der Aufnahmen	Gestorben	Entlassen	Mit Zunahme	Mit Aufnahmegewicht	Mit Abnahme
1901/02	190	101	89	83 = 93,2 %	—	6
1902/03	174	104	70	63 = 90,0 %	—	7
1903/04	171	103	68	62 = 91,1 %	—	6
1905/06	176	75	101	85 = 84,4 %	3	13
1906/07	135	55	80	62 = 77,5 %	4	14
1907/08	136	56	80	49 = 61,3 %	4	27

Zum Vergleich konnten nur die beiden Triennien 1901—04 und 1905—08 gezogen werden. Während früher die zur Entlassung gelangten Säuglinge im Prozentsatz von 90,0—93,2 mit einem durchschnittlichen Gewichtszuwachs von 614—678 g zur Entlassung gelangten, ging der Prozentsatz in den drei letzten Jahrgängen auf 84,4—61,3 herunter. Die durchschnittliche Zunahme betrug nunmehr 433—482 g.

Bezüglich der Erklärung verweisen wir darauf, daß es — wie schon der Rückgang der Mortalitätsziffern besagt — gelungen ist, eine ganze Reihe von Säuglingen am Leben zu erhalten und zur Entlassung zu bringen, die in früheren Jahren starben. Durch die längere Dauer des Reparationsstadiums wird eine Gewichtskurve

bedingt, die eine nur leichte Steigerung aufweist. Es ist einleuchtend, daß diese Verhältnisse bei der Durchschnittsberechnung ihren Ausdruck finden.

In den letzten Jahren betrugen die täglichen Zunahmen im Durchschnitt 10—11,5 g gegen 13—14 g im ersten Triennium.

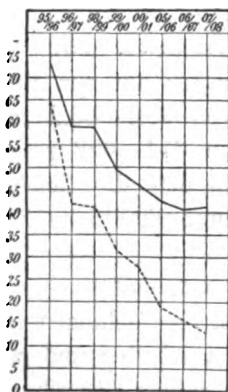
Die günstigeren Resultate, die gegenwärtig auf der Station erzielt werden, lassen sich am besten illustrieren, wenn bei der Berechnung die Zahl jener Säuglinge außer Betracht gelassen wird, die nicht länger als 7 Tage auf der Station verweilten. Wir haben in einem früheren Abschnitt darauf hingewiesen, daß diese Gruppe Störungen zeigt, die größtenteils irreparabel sind.

Tabelle VIIa und b geben nähere Auskunft.

Tabelle VIIa.

Jahrgang	Aufnahmen ohne die Abgänge in der 1. Woche	Davon gestorben	Entlassen	Davon mit Zunahme entlassen	Mit Anf.-Gewicht entl.	Mit Abnahme entlassen	Höchstzunahme	Durchschnittl. Zun. pro Kind	Durchschnittl. tägl. Zunahme
1895/96	172	112 = 65,1%	60	20 = 33,3%	6	34	540	—	—
1896/97	191	82 = 42,9%	109	70 = 64,2%	18	21	1250	150	—
1898/99	182	76 = 41,7%	106	88 = 83,0%	—	18	2000	570	—
1899/1900	181	58 = 32,0%	123	96 = 79,3%	4	23	1500	370	—
1900/01	148	35 = 23,6%	113	97 = 85,8%	4	12	2810	535	—
1905/06	107	21 = 19,6%	86	77 = 89,5%	—	9	1885	580	13,5
1906/07	81	13 = 16,0%	68	55 = 80,9%	—	13	1710	490	12,0
1907/08	79	11 = 13,9%	68	50 = 73,2%	2	16	2200	495	10,0

Tabelle VIIb.



Ohne diese Kinder beträgt die Mortalität des Jahrganges 1895/96 65,1%. Von da ab sinkt die Mortalitätskurve (siehe Tabelle VIIb) stetig bis zum letzten Jahrgange bis zu einer Mortalität von 13,9%, einem Prozentsatz, der 27% niedriger ist als der Prozentsatz der Gesamtsterblichkeit.

In entsprechender Weise — wenn auch nicht so stetig — wurde der Prozentsatz der Kinder, die mit Zunahme entlassen wurden, von Jahr zu Jahr größer. Im Jahrgang 1905/06 erreichte er mit 89,5% den höchsten Wert. Die beiden folgenden Jahrgänge blieben diesen Zahlen gegenüber wieder zurück.

Es geht also aus den Ausführungen ohne weiteres hervor, daß die Besserung der Verhältnisse in erster Linie den Kindern zugute kommt, die länger als 7 Tage auf der Station liegen.

Ein wichtiges Ergebnis läßt sich aus vorliegenden Ausführungen heute schon mit Sicherheit konstruieren: daß die Verweildauer der Säuglinge auf der Station eine bedeutend längere geworden und die Prognose für die Erhaltung des Lebens sich damit günstiger gestaltet hat — eine Umkehrung der im Beginn unserer Anstalt vorhanden gewesenen Verhältnisse.

Gab es früher eine Zeit, wo die letzte Rettung des Säuglings vor dem drohenden Tode in der schleunigen Überführung in Einzelpflege gesucht und folgegemäß der Aufenthalt des kranken Säuglings nach Möglichkeit gekürzt wurde, so ist heute die Ansicht berechtigt, daß ein ungleich längerer Aufenthalt der Säuglinge im Krankenhaus sich nicht nur ohne Gefährdung durchführen läßt, sondern sogar zur völligen Reparation notwendig ist.

Krankheitsgruppen.

So wichtig es auch wäre, zu untersuchen, wie sich die einzelnen Krankheitsgruppen unter den berührten Gesichtspunkten verhalten haben, so begnügen wir uns für den angestrebten Zweck mit einer tabellarischen Zusammenstellung der Mortalitätsziffern der letzten 3 Jahrgänge. Denn ohne Katamnesen, deren Erforschung in Berlin großen Schwierigkeiten begegnet und die daher auch für uns mehr ein Wunsch als eine durchgeführte Aktion bleiben mußten, kann die klinische Besprechung der einzelnen Krankheitsbilder nicht erschöpfend sein und verliert an Wert.

In knapper Form sei nur auf einige Punkte hingewiesen, die besonderes Interesse verdienen. Aus der Tabelle VIII, welche die Zahl der Kinder, die auf die einzelnen Krankheitsgruppen entfallen, wiedergibt, ist auch der jeweilige therapeutische Erfolg und die Sterblichkeit ersichtlich.

Die Morbidität wurde von der Gruppe der Ernährungsstörungen beherrscht. Über 40 % aller Aufnahmen gehörte ihr an; im letzten Jahrgang erreichte der Prozentsatz sogar fast 50 %. Die Mortalität dieser Krankheitsgruppe schwankte zwischen 30,1 und 43,1 %.

Tabelle

	1905/06						
	Zahl der Fälle	Entlassen als				Gestorben	Mortalität %
		geheilt	gebessert	ungeheilt	verlegt		
I. Partus praematurus	11	5	—	—	—	6	54,5
II. Erkrankungen des Magendarmkanals und Ernährungsstörungen:							
1. Dyspepsie	22	14	1	1	1	5	22,7
2. Enterokataarrh	34	15	1	—	—	18	52,9
3. Enteritis	10	5	—	—	—	5	50,0
4. Atrophie	9	4	—	—	—	5	55,5
5. Pylorusstenose	1	1	—	—	—	—	—
6. Barlow	—	—	—	—	—	—	—
	76	39	2	1	1	33	30,1
	= 43,1% der Aufn. u. 36,6% der †						
III. Erkrankungen des Respirationstrakts:							
1. Schnupfen und Bronchitis .	7	5	—	—	—	2	28,5
2. Pneumonie und Empyem .	8	2	—	—	1	5	62,5
	15	7	—	—	1	7	46,6
IV. Erkrankungen der Haut:							
1. Dermatitis exfoliativa . . .	6	4	—	—	—	2	33,3
2. Furunculosis, Pemphigus .	5	1	2	—	—	2	40,0
	11	5	2	—	—	4	36,3
V. Spasmophilie:	5	2	2	—	1	—	—
VI. Akute Infektionskrankheiten:							
1. Phlegmone, Erysipel, Sepsis	7	1	—	—	—	6	85,6
2. Tetanus	—	—	—	—	—	—	—
3. Blennorrhoe, Gonorrhoe . .	4	3	1	—	—	—	—
4. Cystitis, Pyelonephritis . .	—	—	—	—	—	—	—
	11	4	1	—	—	6	54,5
VII. Chronische Infektionskrankheiten:							
1. Tuberkulose	4	—	—	1	—	3	76,0
2. Lues hereditaria	19	5	—	—	—	14	73,1
	23	5	—	1	—	17	73,9
VIII. Konstitutionskrankheiten:							
1. Exsudative Diathese	10	6	3	—	—	1	10,0
2. Myxödem, Mongolismus . . .	1	—	1	—	—	—	—
	11	6	4	—	—	1	9,0
IX. Varia:	13	—	2	—	10	1	7,6
X. Gesunde Säuglinge:	—	—	—	—	—	—	—
	176	73	13	2	13	75	42,6

VIII.

1906/07							1907/08							Mortalität für die drei Jahrgänge zusammen in %
Zahl der Fälle	Entlassen als				Gestorben	Mortalität %	Zahl der Fälle	Entlassen als				Gestorben	Mortalität %	
	geheilt	gebessert	ungeheilt	verlegt				geheilt	gebessert	ungeheilt	verlegt			
13	5	—	—	—	8	61,5	13	2	—	—	—	11	84,6	67,5
13	11	—	—	—	2	15,3	13	11	2	—	—	—	—	14,5
23	6	—	—	1	16	65,2	18	4	—	—	—	14	77,7	64,0
5	3	—	—	—	2	40,0	5	4	—	—	—	1	20,0	40,0
14	7	3	—	—	4	28,5	16	7	3	—	—	6	37,5	35,8
1	—	—	—	—	1	100,0	7	3	2	—	1	1	14,2	22,2
2	2	—	—	—	—	—	3	2	—	—	1	—	—	—
58	29	3	—	1	25	43,1	62	31	7	—	2	22	35,4	40,8
= 42,9% der Aufn. u. 45,4% der †							= 45,7% der Aufn. u. 39,3% der †							
4	4	—	—	—	—	—	8	4	1	1	—	2	25,0	21,0
7	1	—	—	1	5	71,4	7	1	—	—	1	5	71,4	68,1
11	5	—	—	1	5	45,4	15	5	1	1	1	7	46,6	46,3
4	3	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	1	100,0	27,2
1	1	—	—	—	—	—	3	3	—	—	—	—	—	22,2
5	4	—	—	1	—	—	4	3	—	—	—	1	25,0	25,0
3	3	—	—	—	—	—	2	1	1	—	—	—	—	—
8	2	—	—	—	6	75,0	6	—	1	—	—	5	83,3	80,9
1	—	—	—	—	1	100,0	2	—	—	—	—	2	100,0	100,0
—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
1	—	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
10	2	1	—	—	7	70,0	10	2	1	—	—	7	70,0	64,5
2	—	—	1	—	1	50,0	3	—	1	—	—	2	66,6	66,6
11	3	1	—	—	7	63,6	7	4	1	—	—	2	28,5	62,1
13	3	1	1	—	8	61,5	10	4	2	—	—	4	40,0	63,0
6	5	1	—	—	—	—	5	4	1	—	—	—	—	4,7
1	—	—	1	—	—	—	2	—	1	1	—	—	—	—
7	5	1	1	—	—	—	7	4	2	1	—	—	—	4,0
10	3	1	—	4	2	20,0	13	1	2	1	5	4	30,7	19,4
5	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
135	64	7	2	7	55	40,7	136	53	16	3	8	56	41,1	41,6
80							80							

36,6%, 45,4% und 39,3%, also beinahe die Hälfte aller Todesfälle entfielen auf diese Krankheitsgruppe; in dieser waren es wieder die schweren akuten Störungen (Enterokatarrh, Intoxikation), die mit ihren hohen Mortalitätsziffern das Allgemeinresultat beeinflussen. Sie betrug für die einzelnen Jahrgänge 52,9%, 65,2% und 77,7%. Die Gesamtheit der drei Jahrgänge ergibt demnach noch immer eine Mortalität von 64,0%, obwohl die Therapie gerade bei dieser Krankheit mit der Erkenntnis der schädigenden Wirkung durch Fett und Zucker bedeutende Fortschritte gemacht hat¹⁾.

Überraschend hoch zeigt sich auch die Mortalitätsziffer für die frühgeborenen Säuglinge. Sie ergibt für die 3 Jahrgänge zusammen 67,5%. Ob sich dieses Ergebnis durch Einführung des Escherichschen Couveusenzimmers, über das unsere Klinik seit Oktober 1908 verfügt, bessern wird, bleibt abzuwarten.

Bezüglich der übrigen Krankheitsgruppen erlaubt die relative Kleinheit des Materials der letzten drei Jahrgänge auch auf Grund der berechneten Mortalität keinen weitgehenden Schluß. Denn wenn z. B. im Jahrgang 1907/08 nur ein Fall von Dermatitis exfoliativa zur Aufnahme gelangte und in der Anstalt letal endigte, so kann natürlich hieraus nicht der Rückschluß auf eine 100 % betragende Mortalität für diese Erkrankung geschlossen werden, ebensowenig, wie sich aus dem Umstande, daß die geringe Anzahl behandelter spasmophiler Kinder geheilt entlassen wurde, einen Rückschluß auf günstige Prognose dieser Diathese zuläßt.

Besondere Beachtung erheischt die Krankheitsgruppe Tuberkulose und Lues hereditaria. Die Mortalität für diese chronischen Infektionskrankheiten beträgt über 60%.

Die Säuglingstuberkulose endigte in allen Fällen letal. Jene Kinder, die nicht in der Anstalt gestorben waren, erlagen binnen kurzem nach der Entlassung der Infektion (s. folgende Tabelle IX). Ob bei spezifischer Behandlung, die nicht geübt wurde, für unser Material die jüngst von Schloßmann²⁾ bezüglich der Säuglingstuberkulose geäußerte, optimistische Auffassung zu Recht bestanden hätte, erscheint uns zweifelhaft.

Es sei noch erwähnt, daß die tuberkulösen Säuglinge die Station

¹⁾ Auf die Prognose des schweren Brechdurchfalles werden wir demnächst an Hand unserer Krankengeschichten eingehend zurückkommen.

²⁾ Schloßmann, Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde, Köln 1908. Referat. Jahrbuch für Kinderheilkunde.

z. T. unverhältnismäßig lange Zeit belegten. Das gleiche gilt für die hereditär luetischen Säuglinge. Auch das schließliche Ergebnis stand bei diesen Kindern keineswegs im Einklang mit dem Aufwand an Zeit und Pflege. Die Mortalität für die drei Jahrgänge zeigt stark auseinandergehende Werte mit rückgehender Tendenz (73,1 %, 63,6 % und 28,5 %), die aber auch hier wegen des relativ kleinen Materials keinen definitiven Schluß zuläßt, wenn — wie aus der nächsten, das Schicksal betreffende, Tabelle IX ersichtlich ist — die entlassenen Kinder alle am Leben geblieben sind.

Da von definitiven Heilerfolgen, wohl auch nach wochenlanger Behandlung, nicht die Rede sein kann, zumal die Kur 2—3 mal im Verlauf des ersten Jahres wiederholt werden müßte, muß die Fürsorge für die luetischen Säuglinge wohl in besonderer Weise geregelt werden. Von seiten der Stadt Berlin besteht für die Waisensäuglinge bereits ein derartiger Plan.

Bezüglich der übrigen Krankheitsbilder sei auf die Tabelle verwiesen.

Das Schicksal der Entlassenen.

Wie eingangs der Arbeit erwähnt wurde, haben wir für die letzten drei Jahrgänge das Schicksal der zur Entlassung gelangten Säuglinge zu erforschen versucht, wie es Soltmann¹⁾ im Bericht über sein Krankenhaus getan hat.

Es sind während dieser Jahre insgesamt 261 Säuglinge entlassen worden. Leider waren die Auskünfte über sie keine erschöpfenden. Je länger Zeit zwischen der Entlassung und Nachforschung lag, desto spärlicher liefen die Nachrichten ein. Zum großen Teil hatten die Eltern die Wohnung gewechselt; die Postkarten kamen als unbestellbar zurück.

Über 107 Säuglinge, also von 41 % der Entlassenen, war keine Auskunft zu erhalten.

Von den übrigen 154 Kindern waren nachträglich außerhalb des Krankenhauses noch 51 = 33,1 % gestorben.

Von den 447 in den drei Jahrgängen zur Aufnahme gelangten Säuglingen sind in der Anstalt 186 = 41,6 % (s. Tabelle VIII) gestorben. Werden die nachträglich 51 außerhalb der Anstalt gestorbenen Säuglinge zugerechnet, so erhöht sich die Gesamt mortalität

¹⁾ Soltmann, Die Säuglingssterblichkeit im Krankenhause. Münchner medizinische Wochenschrift 1907, Nr. 2.

Tabelle

	1905/06							
	Zahl der Aufnahmen	Gestorbene Zahl ‰	Entlassene	Schicksal ders.			‰ der Entlassenen, die nachträglich gestorben	Gesamtmortalität ‰
				ohne Nachricht	gesund	krank		
I. Partus praematurus	11	6 54,5	5	4	1	—	—	54,5
II. Erkrankungen des Magendarmkanals und Ernährungsstörungen:								
1. Dyspepsie	22	5 22,7	17	14	1	—	2	11,7
2. Enterokatarrh	34	18 52,9	16	9	5	—	2	12,5
3. Enteritis	10	5 50,0	5	3	1	1	—	50,0
4. Atrophie	9	5 55,5	4	1	1	—	2	50,0
5. Pylorusstenose	1	—	1	—	1	—	—	—
6. Barlow	—	—	—	—	—	—	—	—
	76	33 30,1	43	27	9	1	6	13,9
III. Erkrankungen des Respirationstrakts:								
1. Schnupfen und Bronchitis .	7	2 28,5	5	3	—	—	2	40,0
2. Pneumonie und Empyem .	8	5 62,5	3	1	1	—	1	20,0
	15	7 46,6	8	4	1	—	3	35,0
IV. Erkrankungen der Haut:								
1. Dermatitis exfoliativa . . .	6	2 33,3	4	2	2	—	—	33,3
2. Furunculosis, Pemphigus . .	5	2 40,0	3	—	2	—	1	33,3
	11	4 36,3	7	2	4	—	1	14,2
V. Spasmophilie:	5	—	5	3	—	—	2	40,0
VI. Akute Infektionskrankheiten:								
1. Phlegmone, Erysipel, Sepsis	7	6 85,6	1	—	1	—	—	85,6
2. Tetanus	—	—	—	—	—	—	—	—
3. Blennorrhoe, Gonorrhoe . . .	4	—	4	3	1	—	—	—
4. Cystitis, Pyelonephritis . . .	—	—	—	—	—	—	—	—
	11	6 54,5	5	3	2	—	—	54,5

IX.

Zahl der Aufnahmen	1906/07								1907/08								Für alle 3 Jahrg.				
	Zahl %	Gestorbene	Schicksal d. d. Entlassenen				% der Entlassenen, die nachträgl. gestorben	Gesamtmortalität %	Zahl der Aufnahmen	Zahl %	Gestorbene	Schicksal d. d. Entlassenen				% der Entlassenen, die nachträgl. gestorben	Gesamtmortalität %	Gesamtmortalität in der Klinik %	Mortalität inkl. der nachträgl. Gestorb. %	Gesamtmortal. auf die verscholl. Kinder entspr. erweitert %	
			Entlassene	ohne Nachricht	gesund	krank						nachträgl. gestorben	Entlassene	ohne Nachricht	gesund						krank
13	8 61,5	5	2	1	1	1	20,0	69,2	13	11 84,1	2	—	2	—	—	—	84,1	67,5	70,2	75,6	
13	2 15,3	11	4	4	1	2	18,1	30,7	13	—	13	1	8	3	1	7,6	7,6	64,0	69,3	72,0	
23	16 62,2	7	6	—	—	1	14,2	73,8	18	14 77,7	4	—	3	—	1	25,0	87,5				
5	2 40,0	3	3	—	—	—	—	40,0	5	1 20,0	4	2	1	—	1	25,0	40,0				
14	4 28,5	10	2	8	—	—	—	28,5	16	6 37,5	10	1	7	—	2	20,0	50,0				
1	1 100,0	—	—	—	—	—	—	100,0	7	1 14,2	6	2	3	—	1	16,6	28,5				
2	—	2	1	1	—	—	—	—	3	—	3	—	2	—	1	33,3	33,3				
58	25 43,1	33	16	13	1	3	9,0	48,3	62	22 35,4	40	6	24	3	7	17,5	46,7	40,8	48,9	57,1	
4	—	4	1	2	1	—	—	—	8	2 25,0	6	2	3	1	—	—	25,0				
7	5 71,4	2	1	—	—	1	50,0	85,7	7	5 71,4	2	—	1	—	1	50,0	85,7				
11	5 45,4	6	2	2	1	1	16,6	54,5	15	7 46,6	8	2	4	1	1	12,5	53,3	46,3	58,5	64,6	
4	—	4	2	1	—	1	25,0	25,0	1	1 100,0	—	—	—	—	—	—	100,0				
1	—	1	—	1	—	—	—	—	3	—	3	1	2	—	—	—	—				
5	—	5	2	2	—	1	20,0	20,0	4	1 25,0	3	1	2	—	—	—	50,0	25,0	35,0	43,0	
3	—	3	—	2	1	—	—	—	2	—	2	1	1	—	—	—	—	0,0	20,0	33,0	
8	6 75,0	2	1	—	—	1	50,0	87,5	6	5 83,3	1	—	—	—	1	100,0	100,0				
1	1 100,0	—	—	—	—	—	—	100,0	2	2 100,0	—	—	—	—	—	—	100,0				
1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—				
1	—	1	—	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1	—	—	—				
10	7 70,0	3	1	1	—	1	33,3	80,0	10	7 70,0	3	—	1	1	1	33,3	80,0	64,5	70,9	75,1	

Fortsetzung der

	1905/06								
	Zahl der Aufnahmen	Gestorbene Zahl %	Entlassene	Schicksal ders.				Gesamt mortalität %	
				ohne Nachricht	gesund	krank	nachträgl. gestorben % der Entlassenen, die nachträglich gestorben		
VII. Chronische Infektionskrankheiten:									
1. Tuberkulose	4	3 75,0	1	—	—	—	1	33,3	100,0
2. Lues hereditaria	19	14 73,1	5	4	—	1	—	—	73,1
	23	17 73,9	6	4	—	1	1	16,6	78,2
VIII. Konstitutionskrankheiten:									
1. Myxödem	10	1 10,0	9	5	3	—	1	11,1	20,0
2. Mongolismus	1	—	1	—	—	—	1	100,0	100,0
	11	1 9,0	10	5	3	—	2	20,0	18,1
IX. Varia:	13	1 7,6	12	3	—	—	9	75,0	76,9
X. Gesunde Säuglinge:	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Zusammen	176	75 42,6	101	55	20	2	24	23,7	56,2
				77					

auf 53,0%. Noch größer wird die Ziffer, wenn berechtigtermaßen für die 107 verschollenen Kinder der entsprechende Mortalitätskoeffizient (33,1%), wie für die Kinder, über die Bericht eingelaufen ist, angenommen wird. Die Gesamtmortalität steigt dann auf 61,0%.

Wie weit sich die einzelnen Krankheitsgruppen an diesen Zahlen beteiligen, ist aus Tabelle IX ersichtlich.

Ein Herausgreifen jener Gruppe, die in der Anstalt mit einem Enterokatarrrh behandelt wurde, ergibt, daß deren Schicksal sich sehr ungünstig gestaltet hat. In den drei letzten Jahrgängen wurden 75 Fälle von Enterokatarrrh aufgenommen, 48 davon starben in der Anstalt = 64,0% (s. Tabelle VIII), 27 wurden entlassen. Von diesen starben noch nachträglich in Außenpflege 4 Kinder = 14,8%,

Tabelle IX.

1906/07								1907/08								Für alle 3 Jahrg.		
Zahl der Aufnahmen	Zahl %	Entlassene	Schicksal deraelh.				Gesamtsterblichkeit %	Zahl der Aufnahmen	Zahl %	Entlassene	Schicksal deraelh.				Gesamtsterblichkeit %	Gesamtsterblichkeit in der Klinik %	Mortalität inkl. der nachträgl. Gestorb. %	Gesamtsterblichkeit auf die ver- scholl. Kinder entspr. erweitert %
			ohne Nachricht	gesund	krank	nachträgl. gestorben					ohne Nachricht	gesund	krank	nachträgl. gestorben				
2	1 50,0	1	—	—	—	1	100,0	3	2 66,6	1	—	—	—	1	100,0			
11	7 63,6	4	4	—	—	—	63,6	7	2 28,5	5	2	3	—	—	28,5			
13	8 61,5	5	4	—	—	1	20,0	10	4 40,0	6	2	3	—	1	16,6	63,0	69,5	76,7
6	—	6	2	2	2	—	—	5	—	5	2	2	1	—	—			
1	—	1	—	—	1	—	—	2	—	2	1	—	1	—	—			
7	—	7	2	2	3	—	—	7	—	7	3	2	2	—	—	4,0	12,0	25,2
10	2 20,0	8	2	1	1	4	50,0	13	4 30,7	9	3	1	1	4	44,4	19,4	66,6	74,7
5	—	5	3	1	—	1	20,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20,0	40,0
135	55 40,7	80	34	25	8	13	16,2	136	56 41,1	80	18	40	8	14	17,5	41,6	53,0	61,0
			67								66							

so daß sich die Gesamtsterblichkeit für diese Gruppe auf 69,3% erhöht, während von 15 Kindern keine Nachricht zu erhalten war. Wird für diese verschollenen 15 Kinder noch die entsprechende Mortalitätsquote angenommen, so ergibt sich als Schlußergebnis eine Mortalitätsziffer von 72,0%. Also fast $\frac{3}{4}$ aller an Entero-
katarrr erkrankten Säuglinge sind gestorben.

Das Schicksal der tuberkulösen und hereditär-luetischen Säug-
linge hat bereits im vorhergehenden Abschnitt Erwähnung gefunden,
bezüglich desjenigen der den übrigen Krankheitsgruppen angehören-
den Kindern, sei auf die Tabelle verwiesen. Die Wertung der
berechneten Mortalitätsziffern beansprucht selbstverständlich auch
hier wegen der relativen Kleinheit des Materials keine Allgemein-
gültigkeit.

Schluß.

Zum Schluß sei nochmals auf das Hauptergebnis hingewiesen. Es ist kein Zweifel, daß die Verhältnisse sich bedeutend gegen früher gebessert haben. Die Besserung trifft in erster Reihe die Säuglinge, die längere Zeit auf der Station verweilen. Damit ergibt sich eine Umkehrung der früheren Verhältnisse. Die Tatsache, an der nicht zu zweifeln ist, ist die, daß die Aussichten für die dauernde Heilung der Säuglinge größer geworden sind, ein je längeres Rekonvaleszenzstadium sie auf einer Säuglingsstation durchmachen, in der Frauenmilch zur Verfügung steht. Daß es trotzdem noch Fälle gibt, die aus bisher nicht aufgeklärten Gründen in der Anstalt nicht zum Gedeihen zu bringen sind — es handelt sich meist um nach einer Ernährungsstörung rekonvaleszente Kinder — das aber sofort einsetzt, wenn sie nach der Entlassung Einzelpflege genießen, davon haben auch wir uns überzeugen müssen. Diese Tatsache mahnt in milder Form an den einst so gefürchteten Hospitalismus, hat aber vielleicht mit diesem nichts gemeinsam. Immerhin wird das Studium dieser Verhältnisse gefordert werden müssen, um über die wichtige Entscheidung, wann der rekonvaleszente Säugling die Anstalt verlassen soll und darf, Klarheit zu erhalten.

Hand in Hand damit geht die Forderung, der geschlossenen Fürsorge die offene anzugliedern. Noch ist die Sterblichkeit nach der Entlassung eine große. Erst wenn die Forderung, eine dauernde Aufsicht der entlassenen Säuglinge durch Einrichtung einer wöchentlichen Sprechstunde resp. Recherchen, erfüllt ist, dürfte nicht nur die klinische Analyse der behandelten Fälle eine reiche Ausbeute versprechen — auch das Schicksal der entlassenen Kinder wird ohne Zweifel günstiger beeinflusst werden können.

Referate.

Sitzung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in Köln, September 1908.
(Schluß.)

Die drei folgenden Vorträge von Jehle, Nothmann und Bruck beschäftigen sich mit der orthotischen Albuminurie.

Jehle zeigt, daß die „orthotische“ Albuminurie nur in Stellung der Lordose eintritt, nicht wenn das betreffende Kind in gebeugter Stellung sich befindet, oder in Glissonscher Schwebelage hängt, oder sitzt, oder Treppen steigt. Jehle demonstriert einen sehr sinnreich erdachten Apparat, der es ihm ermöglicht hat, genau den Grad der Lordose festzustellen und praktisch aufzuzeichnen, bei dem Albuminurie auftritt. Er konnte nachweisen, daß eine Zunahme der Albuminurie bedingt war durch eine Zunahme der Lordose; experimentell konnte er einen großen Albumengehalt erzielen beim Knien (bei starker Lordose) und beim militärischen Stehen. Wenn er gesunde Kinder in eine lordotische Stellung brachte, und das gelang bei $\frac{2}{3}$ aller Kinder, so hatten sämtliche Kinder Albuminurie. Jehle glaubt diese Albuminurie durch die Stauung in der Niere durch die Lordose erklären zu können, infolge Kompression der Vena cava; er führt für diese Anschauung noch den Beweis an, daß ein Lordotiker, auf den Kopf gestellt, in dieser Lage kein Albumen ausscheidet, also bei erleichtertem Blutabfluß. Als Therapie kann danach nur die orthopädische Behandlung in Frage kommen, eine Bewegung, in der die Lordose ausgeschaltet wird, durch Korsett oder sonstige Apparate.

Nothmann, der über lordotische Albuminurie bei Scharlach spricht, bestätigt die Befunde Jehles; er fand bei einem wegen Dystrophia muscularis in lordotischer Stellung sich befindenden Kinde Albuminurie. Bei einem Kaninchen, das 1 Stunde in lordotische Stellung fixiert war, ergab der Harn Albumen und essigsaure Körper. Auch Nothmann faßt die lordotische Albuminurie als eine Stauungsalbuminurie auf, und er glaubt diese Behauptung stützen zu können durch Leichengefrierungsversuche, die allerdings noch nicht vollständig zu Ende geführt seien.

Bruck hat an der Heidelberger Klinik gleichzeitig, und in dieser Richtung nicht beeinflusst durch die Versuche Jehles, ebenfalls gefunden, daß die Albuminurie artifiziell durch Hervorrufen einer Lordose erzielt werden konnte; vgl. Autoreferat.

Dr. A. W. Bruck, Heidelberg, Über Albuminuria provocata orthostatica.

Gelegentlich der Nachprüfung der Jehleschen Untersuchungen bei Orthostatikern über den Einfluß der Lordose, die Verfasser für die aufrechte Haltung bestätigen konnte, wurde bei einer Anzahl Kinder, die während monatelanger Beobachtungsdauer bei ungestütztem Geradestehen keine Lordose und keine Eiweißausscheidung zeigten, stets eine Albuminurie bei Stehen in künstlicher Lordose hervorgerufen. Mit großer Sicherheit trat der in der Kälte mit Essigsäure fällbare Eiweißkörper meist schon nach 10 Minuten auf. Das Sediment

bestand aus Epithelien und Leukocyten, Esbach betrug nie wesentlich über 1%. Im Liegen konnte nie im Lordose Eiweißausscheidung konstatiert werden. Es ließen sich 3 Kategorien von Kindern unterscheiden:

1. solche mit orthostatischem Typ, die oft den Symptomenkomplex der „Schulanämie“ Heubners zum Teil den der „Neuropathie im Sinne Czernys zeigten. Einige hatten Cor juvenum Krehl,

2. solche mit Organleiden, z. B. Herzleiden;

3. gesunde ad hoc untersuchte Kinder. Von 44 Patienten klinische Beobachtung über 5 Jahre waren 8 provokat. albuminurisch, d. h. 18%. Die bei Orthostatikern albuminuriebefördernden oder -vermindernden Momente wurden durchgeprüft. U. a. wurde die von Weintraud betonte Verminderung der Harnmenge bei eiweißhaltigem Harn (nach Lordosestellung bei dieser Form) bestätigt. Der faradische Strom schien eiweißvermindernd zu wirken, wie dies Frank nachwies. Nachprüfung in Waisen- und Kadettenhäusern werden diese, nur bei artifizierlicher Lordose und aufrechtem Stehen vorhandene Anomalie für eine Anzahl Individuen feststellen. Von 11 untersuchten Knaben im Städtischen Waisenhaus Heidelberg waren 2 orthostatisch, 4 provokativ. Verfasser hält diese Eiweißausscheidung trotz ihrer Abweichungen von der orthostat. Albuminurie für die leichteste Form der letzteren. Sie weist in erhöhtem Maße auf eine mechanische Entstehungsweise hin und ist daher von wesentlicher Bedeutung zur Erklärung der Ätiologie der orthostatischen Albuminurie.

In der Diskussion bemerkt Knöpfelmacher, daß eine vorübergehende artifizielle Lordose nie eine Nephritis herbeigeführt habe. Escherich glaubt daß neben dem rein physikalischen Moment auch eine gewisse Disposition bei dem erkrankten Kinde vorliegen müsse. Pfandler nimmt an, daß die hydrostatische Druckkomponente bei normaler Bauchdeckenmuskulatur nicht so sehr in Frage käme; wohl aber bei geschwächter Muskulatur, z. B. bei Hängebauch und bei Gravidität. Zum Beweise könne vielleicht der Umstand dienen, daß bei Faradisation der Bauchdecken, wie Jehle nachwies, eine Albuminurie zum Schwinden gebracht werden konnte, ebenso bei Korsetttragen.

6. Vortrag: Knöpfelmacher, Zur Kenntnis der Vaccineprobe. Die Erscheinungen der Revaccination am Kaninchenaug sind bei weitem geringer als die der Vaccination.

4. Sitzung. Festsitzung zur Feier des 25jährigen Bestehens der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Nach einer weihervollen Begrüßung durch den Vorsitzenden Escherich gibt Soltmann einen geschichtlichen Überblick über die Entwicklung der Kinderheilkunde in den letzten 25 Jahren mit besonderem Bezug auf die Gesellschaft für Kinderheilkunde. Schloßmann verbreitet sich über die Fortschritte unserer Kenntnisse auf dem Gebiete der Säuglingskrankheiten.

5. Sitzung unter dem Vorsitz Feer.

Keller und Reicher verbreiten sich sehr ausführlich über die Fürsorge für uneheliche Kinder, Reicher berücksichtigt vor allem österreichische Verhältnisse. Von beiden Vorträgen, die sich zu einem kurzen Referat nicht eignen, seien die Leitsätze mitgeteilt:

Leitsätze Keller-Reicher.

Für die unehelichen Kinder ist ein wirksamer Ersatz des Familienschutzes

durch die Berufsvormundschaft anzustreben. Mit dieser ist die ärztliche Aufsicht zu verbinden.

Es empfiehlt sich, in dem deutschen Reichsgesetze, betreffend den Unterstützungswohnsitz, und in dem österreichischen Heimatgesetze in unzweideutiger, klarer Weise zum Ausdruck zu bringen, daß unter dem unentbehrlichen Lebensunterhalte auch die der Gesundheitspflege entsprechende Ernährung und Körperpflege des armen Kindes zu verstehen ist und daß somit die Armenverbände bzw. die Gemeinden zu einer solchen verpflichtet sind.

Die Gemeinden und Ortsarmenverbände — mit Ausnahme der großen Städte — sind in der Regel zur Bewältigung einer so schwierigen und verantwortungsvollen, Volkswohlfahrt und Staatswohl so nahe berührenden Aufgabe, wie es die Pflege und Erziehung von Kindern ist, nicht geeignet.

Die Fürsorge für arme Kinder ist daher den kleinen leistungsunfähigen Verbänden abzunehmen und größeren Verbänden zu übertragen und im Wege einer wirksamen Aufsicht sicherzustellen. -

Diese beiden Vorträge waren in einer gemeinschaftlichen Sitzung der Abteilungen für Gynäkologie, Hygiene und Kinderheilkunde gehalten; von der erstgenannten Sektion war nur ein und von der zweiten nur zwei Mitglieder anwesend! An der sehr anregenden Diskussion beteiligten sich Escherich, Rommel, Siegert, Schutten, Schloßmann, Weißwanger, Soltmann, Dennhoff und Köttgen.

2. Vortrag: Wieland, Über angeborene Weichschädel.

3. Vortrag: Hochsinger, Wien, Über Osteopsathyrosis foetalis.

Der Vortragende tritt zunächst dem auf der vorjährigen Naturforscherversammlung vorgebrachten Versuche Peisers aus der Breslauer Schule, Fälle von Rachitis mit Knochenbrüchen als eine besondere Krankheit unter der Bezeichnung „Osteopsathyrosis“ mit Ignorierung der Rachitis hinzustellen, entgegen. Die Bezeichnung „Osteopsathyrosis“ ist ausschließlich für Fälle von genuiner Knochenbrüchigkeit zu verwenden und ist besonders passend für die von Klebs „Fragilitas ossium congenita“, von Kundrat „Osteoporosis congenita“ und von Vrolik „Osteogenesis imperfecta“ genannte angeborene Knochenbrüchigkeit.

H. demonstriert aus der Kassowitzschen Sammlung das Skelett eines hierher gehörigen Falles mit Röntgenbildern (aus Kienböcks Institut in Wien) und mikroskopischen Präparaten, ein frühgeborenes, am 30. Lebenstage verstorbene Kind betreffend, welches zahllose, teils mit Callusbildung ausgeheilte, teils frische Frakturen an den Extremitätenknochen und Rippen aufwies. Das Kind kam mit Callusbildungen an den Oberarmen und Oberschenkeln zur Welt, ein Teil der Frakturen war daher intrauterin entstanden. Das Schädeldach ist hochgradig verdünnt, stellenweise von häutiger Beschaffenheit und auch vielfach gebrochen. Die Röntgenbilder der verkrümmten und gebrochenen Gliedmaßen zeigen dort, wo kein Callus vorhanden, eine hochgradige Verdünnung der Rindensubstanz und ein äußerst geringes Schattenbild der Spongiosa. Außerdem erkennt man die ringförmigen Schatten der Calluswucherungen und die vielfachen Kontinuitätstrennungen. Die mikroskopische Untersuchung ergibt als wesentlichste Veränderung eine hochgradige Einschmelzung der periostal und endochondral gebildeten Knochens, insbesondere der Rindensubstanz

an allen Röhrenknochen, so daß dieselbe an vielen Stellen vollkommen fehlt. An Stelle des eingeschmolzenen normalen geflechtartigen Kompaktaknochens ist überall ein durch große Knochenzellen und einen spongiösen Charakter ausgezeichnetes knorpelähnliches, aber kalkhaltiges, sozusagen chondroides Gewebe entstanden. Nur selten sieht man Reste normalen, in lakunärer Einschmelzung begriffenen Knochengewebes. Die Erkrankung beruht auf Einschmelzung des bereits gebildeten Knochengewebes während der Fötalperiode. Dadurch verliert der Knochen seine Festigkeit, und es kommt schon innerhalb des Uterus zu zahlreichen Einbrüchen der kompakten und spongiösen Substanz. An Stelle des geschwundenen normalen Gewebes bildet sich dann allenthalben infolge der fortwährenden Einbrüche der Knochensubstanz ein chondroides Gewebe von callusähnlicher mikroskopischer Beschaffenheit und geringer Festigkeit, so daß es schon bei geringen Erschütterungen wieder einbricht. Da es sich hier um Einschmelzung bereits gebildeten Knochengewebes und Ersatz durch ein minderwertiges chondroides Gewebe handelt, so dürfte der vorliegende Prozeß nicht so sehr als eine Bildungshemmung als vielmehr als eine fötale Erkrankung des gesamten Knochen systems zu bezeichnen sein. Die von Kundrat gewählte Bezeichnung „Osteoporosis congenita“ entspricht am ehesten dem histologischen Befunde, während der Name „Osteopsathyrosis foetalis“, welchen der Vortragende neuerdings vorschlägt, sich auf das wesentlichste klinische Merkmal bezieht und den in seiner Pathogenese noch unbekannten anatomischen Vorgang unberührt läßt.

Ob die idiopathische Knochenbrüchigkeit der späteren Kindheit und des jugendlichen Alters mit der fötalen Osteoporose in ein und dieselbe Krankheitsgruppe eingereiht werden soll, wie dies namentlich Looser fordert, läßt der Vortragende dahingestellt.

Die Epiphysenknorpel verhalten sich bei dem hier in Rede stehenden Prozesse normal zum Unterschied von der Chondrodystrophia foetalis Kaufmann, mit welcher äußerlich eine Ähnlichkeit durch die kurzen Gliedmaßen besteht. Doch ist bei der Osteopsathyrosis die Kürze durch die zahlreichen Knochenbrüche und Verbiegungen, bei der Chondrodystrophie durch mangelhaftes Längenwachstum des Knochens bedingt.

6. Sitzung. Vorsitzender Schloßmann.

1. Vortrag: Aschaffenburg, Der Schlaf im Kindesalter und seine Störungen.

Vortragender betont, daß oft erst die spätere Entwicklung nervöser Störungen die im frühesten Kindesalter nachweisbaren Erscheinungen in das rechte Licht stellen. Bei seinen Erörterungen über den Schlaf geht er von den experimentellen Untersuchungen am gesunden Menschen aus, denen zufolge sich zwei Schlaftypen unterscheiden lassen. Der eine Typus schläft schnell und tief ein, der Schlaf verflacht dann bald wieder, und der Schläfer wird früh morgens frisch und völlig arbeitsfähig wach. Der Morgentypus dagegen zeigt seine höchste Schlaf tiefe erst nach einigen Stunden, der Schlaf erreicht nicht die große Tiefe wie bei dem Abendtypus, bleibt aber länger tief. Diese Menschen sind besonders abends sehr leistungsfähig, während sie morgens nach dem Wachwerden noch lange mit mangelnder Frische zu kämpfen haben. Die Anschauung, daß der Morgentypus auf eine nervöse Disposition hinweist, teilt Vortragender

nicht. Nach den Experimenten Czernys entspricht der Schlaf des Säuglings dem Typus des Abendschläfers. Die Experimente lassen wichtige Schlußfolgerungen auf die zweckmäßigste Art die Schlafzimmer einzurichten, zu; die Fernhaltung äußerer Reize ist außerordentlich wichtig auch bei kleinen Kindern, bei diesen vor allem eine ausreichende Erwärmung. Aus den Versuchen sowohl wie aus den praktischen Erfahrungen heraus läßt sich ferner folgern, daß ein Nachmittagsschlaf bei Kindern den Gesamtschlaf der Nacht nicht verkürzt und nicht schädigt und daß, wenn auch die absolute Schlafentiefe nicht ganz so groß ist wie ohne den Nachmittagsschlaf, dafür der Schlaf länger tief bleibt. Vortragender geht dann weiter auf die Schlafstörungen bei Kindern ein und bespricht im einzelnen die vielerlei Erscheinungen, die in Form nächtlichen Auffahrens, Bettnässens, Unruhe, Aufschreiens usw. oder zu spätem Einschlafens, häufigen Wachwerdens den Schlaf des Kindes beeinträchtigen. Er erörtert insbesondere dabei die ernste Frage, welche Ursachen diesen Erscheinungen zugrunde liegen und die oft schwierigen Differentialdiagnosen, die in Betracht kommen. Erziehungsfehler, schreckhafte Erlebnisse, körperliche Erkrankungen, Fieber, Schmerzen, Verdauungsstörungen, Hunger, Nässe, Lärm usw. können den Schlaf ernstlich beeinträchtigen. Aschaffenburg faßt seine Ausführungen schließlich dahin zusammen, daß der Schlaf geradezu als ein Gradmesser für den Gesundheitszustand der Kinder betrachtet werden dürfe. Je weniger ernste und tiefgreifende Störungen als Ursache der Schlafstörung nachweisbar sind, je weiter sich die Art der Schlafstörung von dem normalen Schlaf entfernt, um so mehr Wert muß der innern (nervösen) Veranlagung beigemessen werden. Von diesem Gesichtspunkte aus wird man zwar häufiger gezwungen sein, von nervösen Kindern zu sprechen, aber vielleicht gerade dadurch seltener von nervösen Erwachsenen.

Aschaffenburg wendet sich energisch gegen die Ansicht Staeckels, daß die Schlaflosigkeit des Kindes immer durch sexuelle Vorstellungen bedingt sei. Pavor nocturna und Somnambulismus sind seiner Meinung nach häufig oder meist durch Epilepsie bedingt; er stellt sich hier in Gegensatz zu Thiemisch. Auch das Bettnässen ist nach Ansicht Aschaffenburgs dann fast regelmäßig als ein Symptom der Epilepsie aufzufassen, wenn es im späteren Kindesalter periodisch auftritt; das ständige Bettnässen ist ein Zeichen allgemeiner Nervosität. Ein schwer nervöses Kind, auch wenn es nur vorübergehende Störungen darbietet, bleibt nervös.

In der Diskussion bezeichnet Soltmann die Anuresis nocturna und den Pavor nocturna als die Momente, die den Schlaf am meisten beeinflussen; erstere stelle sich zur Zeit des tiefsten Schlafes ein, letzterer bei abklingenden Schlaf Epilepsie und Chorea sind als psychoneurotische Störungen aufzufassen; bei Chorea sistieren im Schlaf die Zuckungen, bei abnehmender Schlafentiefe genüge jedoch ein kleiner Anreiz, die choreatischen Symptome auszulösen. Nach Siegert ist das beste Mittel gegen die Schlaflosigkeit im Kindesalter vegetabilische Kost und der Mittagsschlaf; er steht auf dem Standpunkte, daß die Nervosität des Kindes geheilt werden kann. May (Riga) glaubt, daß die kindliche Hysterie niemals beseitigt werden könne; es würde nur ein Symptom durch das andere verschleiert. Auch Feer ist der Ansicht, daß der Mittagsschlaf den Nachtschlaf des Kindes nur günstig beeinflusse. Wie Aschaffenburg

burg, so ist auch er der Meinung, daß sexuelle Reize, wie sie Freund und Staackel annehmen, nicht von Bedeutung sind. Die Mehrzahl der an Schlaflosigkeit leidenden Kinder hat mit Epilepsie nichts zu tun, auch die periodische Enuresis spricht er nicht als Symptom der Epilepsie an. Ernährungsstörungen sind seiner Ansicht nach am meisten zu berücksichtigen. Soltmann weist noch einmal darauf hin, daß er die Enuresis dann für bedeutungsvoll halte, wenn sie im abklingenden Schlaf auftrete, umgekehrt halte er den Pavor für ein schweres Krankheitszeichen, wenn es bei beginnendem Schlaf sich einstelle. Im Schlußwort gibt Aschaffenburg seiner Ansicht Ausdruck, daß falsche Ernährung, wie Siegert glaube, nicht die einzige Ursache für die Schlaflosigkeit sein könne.

2. Vortrag: May, Riga, Über Psychoneurosen bei Kindern.

3. Vortrag: Benjamin, München, Blut und blutbildende Organe bei den Ernährungsstörungen der Säuglinge.

Diskussion: Naegeli. Schlußwort: Benjamin.

4. Vortrag: Seifert, Leipzig, Der Milchschnitz und seine Bekämpfung.

Diskussion: Schloßmann, Escherich, Zangger, Reitz, Soltmann. Schlußwort: Seifert.

Seifert gelang es in vielen Fällen, Tuberkelbazillen in der Milch nachzuweisen, bis zu 10% aller untersuchten Fälle. S. hofft dann eine Besserung unseres Milchwesens zu sehen, wenn die Milch unter das Fleischgesetz (Bestandteil eines warmblütigen Tieres) gebracht werden könnte, also nicht mehr dem Nahrungsmittelgesetz unterstehe.

5. Vortrag: Hohlfeld, Leipzig, Zur Ätiologie der Larynxstenosen im Säuglingsalter.

H. demonstriert einen tödlich verlaufenen Fall einer Larynxstenose durch eine Neubildung in der Speiseröhre eines wenige Monate alten Kindes; das Kind starb wenige Stunden nach der Tracheotomie.

6. Vortrag: Schick, Wien, Über Diphtherie.

7. Vortrag: Escherich, Demonstration eines Milchabfüllapparates von Dr. Sperk.

8. Vortrag: Galatti, Behandlung des Nabelschnurrestes.

41
703



3 2044 102 956 612

